# Datum

# 

|  |  |
| --- | --- |
| Namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer |

|  |
| --- |
| Funktionshinder (till exempel:utvecklingsstörning, psykiskt funktionshinder, rörelsehinder, synskada, hörselskada) |
|  |
|  |
|  |
| Vad klarar du att göra själv? |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Vilket stöd behöver du? (till exempel: när du ska duscha, äta gå och röra dig) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Vilket stöd vill du söka?**

Personlig assistent (eller ekonomiskt stöd)

Ledsagare

Kontaktperson

Avlösarservice i hemmet

Korttidsvistelse

Korttidstillsyn (fritids för barn över 12 år)

Boende för barn och ungdom

Boende för vuxna

Daglig verksamhet

## Skriv hur du vill ha ditt stöd!

|  |
| --- |
|  |

**Jag gör ansökan själv**

Ja

Nej **Ansökan är gjord av**  Vårdnadshavare  God man  Förvaltare

|  |
| --- |
| Namnteckning |

## Jag har fått hjälp med ansökan av

|  |  |
| --- | --- |
| Namnteckning | Adress |
| Namnförtydligande | Telefonnummer |

## Jag tillåter

|  |
| --- |
| att LSS-handläggare hämtar information från försäkringskassan, landstinget och socialtjänsten. Informationen får läggas in i kommunens LSS-register.  Ja  Nej |

Ansökan skickas till **Piteå kommun**

**Stöd och omsorg, våning 2**

**941 85 Piteå**