#  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**