

Ansökningsblankett Begäran om insats enligt §9.1 LSS Råd och stöd

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress	Postadress	Telefonnummer

God man/ förvaltare/ vårdnadshavare	Efternamn	Förnamn
Adress	Postadress	Telefonnummer

Vilket funktionshinder har du?

Vad önskar du hjälp med?

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att
erforderligt underlag för detta beslut få rekvireras från
Försäkringskassa och sjukvård

J A

NEJ

Ort och datum

Sökandes underskrift

Blanketten skickas till:

Enhetschef Barn- och ungdomshabiliteringen

Köpmangatan 24

831 30 Östersund