



Sänds till  
Älvsbyns kommun  
Omsorgen o funktionshindrade  
942 85 Älvsbyn

### Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon (även riktnummer)

### Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp ( t ex förflyttning, personlig hygien)
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

## Insats/Insatser som begärs

- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidsvistelse för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

## Sökande

Den sökande är

- Den funktionshindrade     Vårdnadshavare     Förvaltare     God man

## Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassan och sjukvården.

Sökandens underskrift

- Ja                       Nej

## Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress	Postnummer och postort