

## Ansökan om råd och stöd enligt LSS

### Personuppgifter:

Namn:.....

Personnummer:.....

Adress:.....

Telefon:.....

Vårdnadshavare/god man:.....

Ansökan avser Råd och stöd enligt Lagen om särskilt stöd och service för vissa funktionshindrade, LSS, § 9: 1.

### Insatser som begärs:

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från kommunens LSS-handläggare, sjukvården och försäkringskassan.

Ja

Nej

### Underskrift:

.....  
Ort och datum

.....  
Sökandes underskrift

### Sökande:

Person med funktionsnedsättning

Vårdnadshavare

God man/Förvaltare

### Behjälplig vid upprättandet:

.....  
Namnteckning

.....  
Adress

.....  
Namnförtydligande

.....  
Telefon

**Ansökan skickas till:** Diariet, Habilitering & Hälsa, Regionens Hus, 541 80 Skövde