

Insändes till:  
Region Kronoberg  
Habiliteringen  
Box 1223  
351 12 Växjö

Habiliteringen



## Ansökan om insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

.....  
Namn

.....  
Personnummer

.....  
Adress

.....  
Telefon

.....  
Namn, adress, telefon till ev. god man/förvaltare

### Insatser som begärs:

- rådgivning och annat personligt stöd (enl. § 9:1 LSS) .....
- individuell plan (enl. § 10 LSS) i samband med beviljad insats.

Ansökan avser:

- den funktionshindrade själv  
 anhörig dvs. ....

Sökande:

- personen själv  
 förvaltare  
 god man

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från sjukvård och kommunal verksamhet.

- Ja  Nej

### Beskrivning av behov och önskemål:

.....  
.....  
.....

### Beskrivning av funktionsnedsättning:

.....  
.....

Att kontakta vid behov: .....

### Underskrift:

Ort och datum:

Sökandes/god mans underskrift, namnförtydligande:

...../.....