



Ansökan om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL)
Ansökan om insatser enligt lagen om stöd/service till
vissa funktionshindrade (LSS)

Datum _____

Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Adress, postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnummer)/ mobil nr

Ange vad du ansöker om, samt om ansökan avser SoL eller LSS

--

Beskrivning

Funktionshinder/Hälsa (kort beskrivning). Aktuellt läkarintyg för ansökan om insatser enligt LSS skall bifogas. Övriga intyg på begäran

--

Behov av hjälp

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Övrigt

