

**BEGÄRAN enligt LSS**

Datum

Sida 1 (2)

Socialförvaltningen  
Vingåkers kommun , 643 80 VINGÅKER  
0151-191 00, social@vingaker.se

Skickas till

★ = Obligatoriskt fält

**Personuppgifter**

Alla förnamn	Efternamn	Personnummer ★
E-postadress		Telefon (även riktnr)
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

**Beskrivning**

Funktionshinder (kort beskrivning)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)

★ = Obligatoriskt fält

**Begärd insats**

--

**Sökande**

Den sökande är			
<input type="checkbox"/> Den funktionshindrade	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare

**Den sökandes underskrift**

Namnteckning
--------------

**Behjälplig vid upprättandet**

Namnteckning	Namnförtydligande	
	Telefon (även riktnr)	
Utdelningsadress (gata, box etc)	Postnummer	Postort

**Medgivande**

<p>Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>
---