



Socialförvaltningen
Funktionsstöd

Sökande

Namn		Personnummer	
Utdelningsadress		Postnummer	Ort
Telefon bostaden	Anhörig, god man, förvaltare	Telefon arbetet	Telefon mobil

Tillhör personkrets	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Beskrivning av funktionshinder			
_____ _____ _____			
Beskrivning av hjälp med ex. förflyttning, personlig hygien			
_____ _____ _____			
Uppskattning av personalstöd (ex. hur ofta och när under dygnet)			
_____ _____ _____			
ÖNSKEMÅL om bostadstyp, tidpunkt, område, medboende m.m.			
_____ _____ _____			

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter får lämnas vidare inom kommunen för att användas som underlag för bostadsplanering av Bostad med särskild service enligt LSS § 9:9 Ja Nej

Sökandens underskrift

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Underskrift av vårdnadshavare /god man/förvaltare

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

OBS! Detta är en intresseanmälan. En formell ansökan ställs till handläggaren.

BEKRÄFTELSE

Intresseanmälan är mottagen den _____

Underskrift

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Befattning	Telefon	