

Anlänt ___ / ___ 20___

Sökandens personuppgifter	Efternamn och förnamn	Personbeteckning
	Adress	
	Postnummer och postadress	Telefon
	E-postadress	
	Kontaktuppgifter till nära anhörig/vårdnadshavare	
	Kontaktuppgifter till intressebevakaren	
	Civilstånd <input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift/Sambo/Registrerat partnerskap <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka/änkling	
	Personer som bor i samma hushåll <input type="checkbox"/> Jag bor ensam <input type="checkbox"/> Jag bor tillsammans med _____	
Diagnoser och funktionsförmåga	Handikapp eller sjukdom	
	Funktionsförmågan	
Ansökan gäller följande service och stöd	<input type="checkbox"/> Personlig assistans (Tilläggsutredning på sidan 2)	
	<input type="checkbox"/> Dagverksamhet _____ dagar i veckan	
	<input type="checkbox"/> Ändringsarbete i bostaden	
	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel och apparater som hör till bostaden	
	<input type="checkbox"/> Hjälpmedel, maskiner och apparater för det dagliga livet	
	<input type="checkbox"/> Anpassningsträning	
	<input type="checkbox"/> Undervisning i stödtecken (i grupp/för familjen)	
	<input type="checkbox"/> Korttidsvård	
	<input type="checkbox"/> Boendeträning	
	<input type="checkbox"/> Annan service eller stöd, vad? _____	
<input type="checkbox"/> Färdtjänst		

