

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Personen som behöver personlig assistans

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Personens telefonnummer	

2. Uppgifter om behovet av personlig assistans

	timmar	minuter	från och med (datum)
Personen behöver personlig assistans per vecka	_____	_____	

3. För vad behöver personen personlig assistans?

	<input type="checkbox"/> Behovet av hjälp framgår av de handlingar som jag bifogar
--	--

4. Uppgifter om insatser från kommunen

Insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade	Beslutsdatum	Beslut bifogas	Insatsen är påbörjad (från och med, datum)
<input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontaktperson		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för ungdomar över tolv år		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bostad i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för vuxna		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453)	Beslutsdatum	Beslut bifogas	Insatsen är påbörjad (från och med, datum)
<input type="checkbox"/> Hemtjänst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trygghetslarm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Boendestöd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dagverksamhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan insats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga insatser	Beslutsdatum	Beslut bifogas	Insatsen är påbörjad (från och med, datum)
<input type="checkbox"/> Barnomsorg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skola och fritidsverksamhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Färdtjänst		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan insats		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Finns det en utredning eller ansökan om bostadsanpassning eller hjälpmedel?

<input type="checkbox"/> Nej	
<input type="checkbox"/> Ja	Beskriv vilken anpassning eller vilka hjälpmedel det gäller
<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga	

30781202

6. Övriga upplysningar

--

7. Uppgiftslämnare på kommunen

Namn i klartext	Telefon, även riktnummer
-----------------	--------------------------

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.