

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Om personen inte har några insatser från kommunen skriver du det under punkt 4. Övriga upplysningar.

**1. Personen som har eller har ansökt om personlig assistans**

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

**2. 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"/>

**3. 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

**4. Övriga upplysningar**

Här kan du till exempel skriva om personen inte har några insatser från kommunen.

**5. Uppgiftslämnare på kommunen**

Namn	Telefon, även riktnummer
------	--------------------------

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).