

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
<input type="checkbox"/> 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
<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
<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

### 6. Övriga upplysningar

--

### 7. Uppgiftslämnare på kommunen

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

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