

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
<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"/>

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.