



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 |

30781202

6. Övriga upplysningar

| |
|--|
| |
|--|

7. Uppgiftslämnare på kommunen

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

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".