

BAKGRUNDSINFORMATION

Bostad (med vem och hur bor du?)

Dagvård / skola / studier / arbete

Får du förnärvarande hjälp, i så fall av vem?

FUNKTIONSFÖRMÅGA OCH BEHOV AV HJÄLP

Vilken är din funktionsförmåga och behov av hjälp just nu? (kommunikation, rörelseförmåga, sociala färdigheter, dagliga sysslor, utträttande av ärenden, arbete, hemmet)? Forsätt vid behov på separat papper.

FUNKTIONSNEDSÄTTNING ELLER SJUKDOM

Diagnoser eller andra skador och sjukdomar

Hjälpmedel

Ytterligare upplysningar (fortsätt vid behov på separat papper)

BILAGOR

- Senaste läkarintyg eller epikris (För ansökan behöver man **inte** gå till en läkare.)
- Utlåtande av terapeut
- Andra bilagor:

- Jag samtycker till att andra myndigheter kontaktas för inhämtande eller utlämnande av information som är viktig för behandling av ärendet
- Jag samtycker inte till att andra myndigheter kontaktas för inhämtande eller utlämnande av information som är viktig för behandling av ärendet

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga

Datum

Sökandens underskrift

Underskrift av person som hjälpt till att fylla i ansökan och namnförtydligande