

Beskrivning av hur vardagen fungerar och andra praktiska situationer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sökandes namnunderskift	Datum
Den sökande godkänner att utredning får göras och att erforderliga underlag för beslut får beställas från Försäkringskassan och sjukvården	
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ Sökandens medgivande:	
Den sökande har fått hjälp med ansökan av följande person	
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare	
Namn på den person som varit behjälplig vid ansökan	
Adress- och postadress	
Telefonnr, mobilnr	Datum

Ansökan skickas till handläggare:

Askersunds kommun
Socialförvaltningen
LSS-handläggare
Box 28
696 21 Askersund