



.....
Datum

Insändes till:
Nybro kommun
Omsorgsförvaltningen
382 80 NYBRO

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress	Telefon (även riktnummer)

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Vilka svårigheter har Du i den dagliga livsföringen och vilket stödbehov?
Ange skäl till den sökta insatsen

Insats/insatser som begärs

Sätt kryss framför insats som begärs

- § 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans
- § 9.3 Ledsagarservice
- § 9.4 Biträde av kontaktperson
- § 9.5 Avlösarservice i hemmet
- § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- § 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet
- § 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- § 9.10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

- § 10 Individuell plan
- § 16 Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser
(gäller sökande från annan kommun som tänker bosätta sig i Nybro kommun).

Medgivande

I samband med min underskrift nedan medger jag att **uppgifter som är nödvändiga** för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Vuxenhabiliteringen eller Socialtjänsten får inhämtas av Omsorgsförvaltningen i Nybro kommun.

Information

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och används som underlag för beslut om rätt till begärda insatser. Uppgifterna behandlas i datamedia.

Berörd personal kan komma att behöva ta del av de delar i utredningen som berör aktuell situation och behovsbedömning.

Underskrift av sökanden

.....
Datum

.....
Namnteckning

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta: God man Förvaltare Vårdnadshavare

Namn, adress och telefon till god man/förvaltare

.....

.....

.....