

Personnummer

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?

	☐ 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 (från och med, datum)
☐ Biträde av personlig assistans		☐	☐
☐ Ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för personlig assistans		☐	☐
☐ Ledsagarservice		☐	☐
☐ Kontaktperson		☐	☐
☐ Avlösarservice i hemmet		☐	☐
☐ Korttidsvistelse		☐	☐
☐ Korttidstillsyn för ungdomar över tolv år		☐	☐
☐ Bostad i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar		☐	☐
☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna		☐	☐
☐ Daglig verksamhet för vuxna		☐	☐

30781102

Insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453)	Beslutsdatum	Beslut bifogas	Insatsen är påbörjad (från och med, datum)
☐ Hemtjänst		☐	☐
☐ Trygghetslarm		☐	☐
☐ Boendestöd		☐	☐
☐ Dagverksamhet		☐	☐
☐ Annan insats		☐	☐
Övriga insatser	Beslutsdatum	Beslut bifogas	Insatsen är påbörjad (från och med, datum)
☐ Barnomsorg		☐	☐
☐ Skola och fritidsverksamhet		☐	☐
☐ Färdtjänst		☐	☐
☐ Annan insats		☐	☐

5. Finns det en utredning eller ansökan om bostadsanpassning eller hjälpmedel?

☐ Nej	
☐ Ja	Beskriv vilken anpassning eller vilka hjälpmedel det gäller ☐ Jag lämnar upplysningar i en bilaga

6. Övriga upplysningar

--

7. Uppgiftslämnare på kommunen

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

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.