

## 1. Sökande

Namn	Personnummer
Adress	Tel bostad
Postnr och postadress	Tel dagtid

## 2. Företrädare för den sökande (Var god kryssa i det alternativ som gäller)

Vårdnadshavare    God man    Förvaltare

Namn	Personnummer
Adress	Tel bostad
Postnr och postadress	Tel dagtid

## 3. Ansökan avser :

<input type="checkbox"/> Rådgivning och annat personligt stöd av specialistpersonal	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Personlig assistent	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> Kontaktperson	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet

<input type="checkbox"/> Individuell plan
---

V.g. underteckna ansökan på nästa sida

#### 4. Vad behöver Du hjälp med?

Ort

Datum

---

Sökandes/företrädares namnunderskrift

**Ansökan sänds till**  
Socialförvaltningen  
Handläggarenheten  
621 81 Visby

**Besöksadress**  
Visborgsallén 19  
Visby

Ansökan medför registrering av personuppgifter. Den enskilde har enligt Personuppgiftslagen (PUL) rätt att en gång per år kostnadsfritt ta del av registrerade uppgifter.