



Lumparlands kommun

ANSÖKAN OM HANDIKAPPTJÄNSTER

Datum då ansökan anlänt

SERVICEFORM SOM ANSÖKES	<input type="checkbox"/> Tolkningstjänst	<input type="checkbox"/> Serviceboende	
	<input type="checkbox"/> Anpassningsträning	<input type="checkbox"/> Extra kostnader för specialföda	
	<input type="checkbox"/> Kostnader för extra klädsel	<input type="checkbox"/> Ombyggnad av bostaden, samt redskap och apparatur till bostad	
	<input type="checkbox"/> Personlig hjälp	<input type="checkbox"/> Redskap, apparatur och maskiner som behövs för att klara av de dagliga sysslorna	
	<input type="checkbox"/> Annan, vilken		
SÖKANDENS PERSONUPP- GIFTER	Släktnamn och förnamn		
	Familjeförhållande		
	<input type="checkbox"/> Ogift <input type="checkbox"/> Gift /Sambo <input type="checkbox"/> Boskillnad/särförh. <input type="checkbox"/> Frånskild <input type="checkbox"/> Änka/änkling		
	Adress		
	Telefon hem	Telefon till tjänsten	Yrke
	Hemort i enlighet med lagen om folkbokföring		Antal barn, under 18 år
	Banken och kontorets namn		Kontonummer
SPECIFIKATION ÖVER ANSÖKT SERVICEFORM	Förmån som ansöks i enlighet med lagen om handikappservice Ramp till utetrappan		
	Uppskattade kostnader €		
	Erhåller den sökande förmåner annorstädes för samma ändamål, varifrån?		
UPPGIFTER OM HANDIKAPPET	1. Handikapp eller sjukdom		
	2. Hinder som förorsakas av handikappet eller sjukdomen, samt de begränsningar detta medför avklarandet av de dagliga sysslorna		
	Tilläggsutrymme finns på omstående sida		
UNDERSKRIFT	Ort och datum	Underskrift	
BILAGOR	<input type="checkbox"/> Läkarintyg ¹⁾ <input type="checkbox"/> Kostnadskalkyl <input type="checkbox"/> Annan, vilken		

1)Behövs då handikappservice för första gången ansöks eller då omständigheterna har förändrats

Ifyllnadsanvisningar på omstående sida

