VÄSTERÅS STAD

Västerås stad
Sociala nämndernas stab
Biståndsenheten funktionsnedsättning
721 87 Västerås

BEGÄRAN OM INSATSER LSS
Fyll i bilaga för LSS-insatser

Personuppgifter

Namn:	**Personnummer:**
Adress:	**Telefonnummer:**
Postnummer:	
Ort:	

Det här vill jag ha hjälp och stöd med

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Underskrift

Vem gör ansökan?

☐ Jag själv ☐God man ☐ Förvaltare ☐ Vårdnadshavare

Datum:_____

Underskrift:_____

Namnförtydligande:_____

(Om ansökan gäller barn där föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)