



SÄND TILL:

Örnsköldsviks kommun,
Utredningsenheten LSS, psykosociala vuxenområdet och BAB,
Nygatan 16 vån 2
891 88 Örnsköldsvik

Datum

PERSONUPPGIFTER

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postadress)	Telefonnummer

Jag önskar avsluta följande insatser enligt LSS:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| Biträde av personlig assistent | Boende i bostad med särskild service |
| Ledsagarservice | för barn och ungdom |
| Biträde av kontaktperson | Boende i bostad med särskild service |
| Avlösarservice i hemmet | för vuxna |
| Korttidsvistelse utanför | Daglig verksamhet |
| det egna hemmet (stödfamilj eller korttidshem) | |
| Korttidstillsyn för barn över 12 år | |

Underskrift

Din underskrift
Jag har hjälpt till

När du behöver stöd/hjälp igen

När du anser att du har behov av stöd eller hjälp enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade igen gör du så här:

- Ansök hos LSS-handläggaren om den insats/det stöd du tycker att du behöver
- LSS-handläggaren utreder ditt behov
- LSS-handläggaren beslutar om din rätt till hjälpen/stödet

LSS-handläggare når du via kommunens kontaktcenter 0660-880 00