



**Ansökan om insats enligt LSS  
i form av tillfälligt utökat behov  
av personlig assistans.**

**Datum .....**

Med tillfälligt utökat behov av personlig assistans menas i första hand en tillfällig utökning av assistansen som beror på en tillfällig förändring i personens tillvaro och som gör att det behövs mer assistans eller fler personer för att tillgodose behovet.  
(Socialstyrelsens allmänna råd 1994:1 s. 58)  
Behov av personlig assistans för aktiviteter som är inplanerade och regelbundet återkommande ska ingå i bedömningen av rätten till assistansersättning (LASS), alternativt personlig assistans enligt LSS

**Personuppgifter:**

Efternamn och förnamn

Personnummer

-----  
Postadress, postnummer/ort

-----  
Telefon, hem, arbete, mobil

-----  
Rättslig företrädare, god man  
el. förvaltare

-----  
Telefon, hem, arbete, mobil

-----

-----

Vilken tillfällig förändring gör att det behövs mer assistans el. fler personer för att få behovet tillgodosett? T.ex resa, fritidsaktivitet, träning/behandling, tillfälligt förändrat hälsotillstånd.

**Förändring:**

.....  
.....  
.....

**Grundläggande behov/dubbel assistans:** personlig hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra, behov av annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Andra personliga hjälpbehov som inte tillgodoses på annat sätt/dubbel assistans:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Du som söker är:**

- Den sökande
- Vårdnadshavare
- Förvaltare
- God man

Den sökande/rättslig företrädare samtycker till att utredning får göras, samt att erforderligt underlag för detta beslut får inhämtas från andra myndigheter t.ex Försäkringskassan, sjukvården.

Ja                   Nej

Underskrift:

Adress:

.....

.....

Namnförtydligande:

Postadress:

.....

.....

Behjälplig vid upprättandet:

Namn: .....

Relation till sökande:

Adress: .....

.....

Telefon: .....