

Ansökan om korttidstillsyn för skolungdomar fr.o.m 1 juni det år man fyller 13 år

Lagstadgad omsorg enligt lagen om stöd och service
för vissa funktionshindrade (LSS) § 9:7

Elev	
Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Gatuadress	Telefon
Postnummer	Postadress
Vårdnadshavarens efternamn och tilltalsnamn	Telefon arbetet/mobiltelefon
Vårdnadshavarens efternamn och tilltalsnamn	Telefon arbetet/mobiltelefon

Önskad enhet	
<input type="checkbox"/> FUB	
<input type="checkbox"/> Skolans korttidstillsyn	Skolans namn

Nuvarande omsorg
Ny placering önskas från och med
Beskriv kortfattat anledningen till ansökan (Vid behov, fortsätt beskrivningen på baksidan)
Övriga upplysningar

Övriga insatser enligt LSS	
Har ni (ansökt om) fler insatser enligt LSS? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Handläggare (namn)	Medgivande att kontakt tas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Vi intygar att uppgifterna är riktiga

_____	_____
Datum	Vårdnadshavares underskrift
_____	_____
Datum	Vårdnadshavares underskrift
_____	_____
Datum	Sökandes underskrift (om sökande är myndig) / alt. God mans underskrift

Skicka blanketten till:
Särskolesamordnaren
Utbildningsförvaltningen
Box 1002
561 24 Huskvarna

Återtagande av sökt insats	
<input type="checkbox"/> Jag vill återta min ansökan om korttidstillsyn (enligt LSS §9:7)	
Datum	Underskrift (sökande eller dennes företrädare)

Fortsättning på kortfattad beskrivning om anledningen till ansökan.