

**”Ansökan om korttidsvistelse enligt LSS” för Sommarläger 2017
genom Kås Omsorgs verksamhet, tfn 08-511 733 30**

Efternamn och förnamn	Personnummer
Gatuadress	postnummer, postadress
Namn vårdnadshavare	Telefon bostad/Telefon dagtid
Adress vårdnadshavare om annan än ovan	E-post

Önskar deltaga i läger på Barnens Ö under perioden:

Kryssa

26 juni- 9 juli, för ungdomar med utvecklingsstörning , 12-17 år 14 dagar	<input type="checkbox"/>
26 juni - 9 juli, för ungdomar med utvecklingsstörning 18-25 år 14 dagar	<input type="checkbox"/>
10 - 19 juli, för ungdomar med Aspergers syndrom/ASD, 12- 17 år 10 dagar	<input type="checkbox"/>
10 - 19 juli, för ungdomar med Aspergers syndrom/ASD, 18 -25 år 10 dagar	<input type="checkbox"/>

Stödbehov Behöver hjälp/stöd

med hygien	vid toalettbesök	med kommunikation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
övriga stödbehov		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

Medicinering

JA NEJ

Övrigt t.ex skäl för valt läger

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Vårdnadshavares underskrift

Datum

LSS-handläggarens anteckningar

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Beviljad, i mån av plats:

Beviljas ej LSS:

LSS-handläggares namn:	Telefon:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fakturaadress:	
<input type="text"/>	
LSS underskrift:	
<input type="text"/>	

Beslutet skickas senast den 11 april 2017 till Kås Omsorgs verksamhet,
Fabriksvägen 1A, 186 32 Vallentuna