Begäran skickas till

Borlänge Kommun, Funktionshinderomsorgen 2

Tunagatan 44, plan 3

784 33 Borlänge

Om anmälan gäller ett barn under 18 år

1. **Du som har personlig assistans** Ska barnets uppgifter fyllas i här även om vårdnadshavaren gör anmälan.

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn  | Personnummer (12 siffror)  |

2. **Uppgifter om betalningsmottagare**

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  mig själv eller min  ställföreträdare |  |Clearingnummer |KontonummerBankkonto  |
| Ställföreträdarens namn och personnummer om det inte är ditt eget konto\*  |
| [ ]  kommun eller annan  assistansanordnare | Anordnarens namn | Organisationsnummer   |
| Anordnarens namn – om du har två anordnare | Organisationsnummer   |
|  Byte av assistansanordnare   | F.r.o.m  |

\* Ställföreträdare är vårdnadshavare, god man eller förvaltare

3. **Hur ska assistansen ordnas?**

|  |
| --- |
| [ ]  Jag ska själv anställa mina assistenter |
|  [ ]  Jag ska köpa assistans av  en eller flera anordnare | Anordnarens namn | Organisationsnummer  |
| Anordnarens namn – om du har två anordnare | Organisationsnummer  |
| [ ]  Jag bifogar en kopia på avtalet med anordnaren | Skicka med en kopia på avtalet om du inte vet att det redan finns hos Borlänge kommun |

4. **Underskrift**  Om det finns två vårdnadshavare ska båda skriva under.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum  | Namnteckning  | Telefon, även riktnummer  |
| Datum  | Namnteckning  | Telefon, även riktnummer  |

5. **Fyll i här om du som skrivit under är ställföreträdare**

|  |
| --- |
| Jag/vi [ ]  Vårdnadshavare [ ]  god man [ ]  förvaltare |
| Namn i klartext  | Personnummer (12 siffror)  | Telefon, även riktnummer  |
| Namn i klartext (om ni är två vårdnadshavare som skriver under)  | Personnummer (12 siffror)  | Telefon, även riktnummer  |