Barn 0-17 år med nedsatt funksjonsevne som har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven om langtidsopphold på institusjoner som faller inn under forskrift om kommunal helse- og omsorgsinstitusjon § 1 bokstav c) og d)

Pr. 31.12.		Innflyttingsdato Bruk formatet dd.mm.åååå	Ønsker barnet/pårørende annen boform?		Alder	Er det utarbeidet konkrete planer for flytting?		Hva slags planer har kommunen ellers for de som ønsker flytting?
Kommune	**Person**		**Ja**	**Nei**		**Ja**	**Nei**	