

Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Mobilnummer
Ort	E-postadress

Beskriv din funktionsnedsättning/hälsosituation:

OBS: Skicka gärna med intyg eller utredning som gäller ditt funktionshinder. Då kan vi utreda och besluta snabbare.

Beskriv ditt behov av stöd:

VÄND!

De här LSS-insatserna ansöker jag om:

- 9:2 § Personlig assistent eller pengar till en personlig assistent
- 9:3 § Ledsagarservice
- 9:4 § Kontaktperson
- 9:5 § Avlösarservice i hemmet
- 9:6 § Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9:7 § Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- 9:8 § Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9:9 § Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- 9:10 § Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig (gäller personkrets 1 och 2).
- 10 § Begäran om individuell plan (gäller då man beviljats LSS-insats)
- 16 § Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun)

Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS:

Ja Nej Om ja, skriv i vilken kommun: _____

Godkännande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. Kryssa i ja-rutan nedan för att godkänna detta:

- Ja**, ni får hämta upplysningar om mig från försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller från en annan kommun.
- Nej**, ni får INTE hämta upplysningar om mig från andra myndigheter.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av ärendet kommer att behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL) och jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga.

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är: Den sökande God man Förvaltare Vårdnadshavare

Datum: _____

Underskrift: _____
(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under.)

Namnförtydligande: _____

Behjälplig med ansökan

Jag som hjälpt till med denna ansökan är: God man Förvaltare Annan: _____

Namn	Telefonnummer
Gatuadress	Mobilnummer
Postnummer och ort	E-postadress

För mer information hänvisar jag till:

Namn
Telefonnummer

Skickas till:

Forshaga kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Biståndsenheten
Box 93
667 22 FORSHAGA