



Ansökan
Datum:

Särskilda insatser enligt
LSS, Lagen om stöd och
service till vissa
funktionshindrade

Ansökan sänds till:
LSS Stöd och service
Förvaltningen för arbete och välfärd
374 81 Karlshamn

Personuppgifter

| | |
|--------|---------------|
| Namn | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer |

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (tex. Förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Sätt kryss för den eller de insatser som begärs

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> § 9.2 Biträde av personlig assistent |
| <input type="checkbox"/> § 9.3 Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> § 9.4 Biträde av kontaktperson |
| <input type="checkbox"/> § 9.5 Avlösarservice i hemmet |
| <input type="checkbox"/> § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
| <input type="checkbox"/> § 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år |
| <input type="checkbox"/> § 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom |
| <input type="checkbox"/> § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna |
| <input type="checkbox"/> § 9.10 Daglig verksamhet |

Begäran/övrigt

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Individuell plan |
| <input type="checkbox"/> Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser. (Gäller sökande från annan kommun) |
| <input type="checkbox"/> Personligt utformat stöd enligt 4 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen. |

Information

Uppgifterna som du har lämnat kommer att behandlas i dator. Det är endast de personer som arbetar med ditt ärende som får ta del av informationen. All personal har tystnadsplikt och får inte lämna ut uppgifter om dig till någon obehörig. Vid förfrågan kommer vissa statistikuppgifter att lämnas till annan myndighet.

Medgivande: För att kunna göra en rättssäker bedömning behöver vi i vissa fall inhämta uppgifter från exempelvis sjukvård, försäkringskassa, habiliteringen, skolan eller socialtjänsten.

- JA, jag medger att uppgifterna får inhämtas NEJ, uppgifterna får inte inhämtas

Ansökan lämnad av:

| | |
|--------------------------|-------|
| Sökandes namnunderskrift | Datum |
|--------------------------|-------|

Namn (om annan än sökande: Vårdnadshavare, båda två/ God man/ Förvaltare):

| | | |
|-----------------|-------|----------|
| Namnunderskrift | Datum | Tele.nr: |
| Namnunderskrift | Datum | Tele.nr: |

Återtagande av sökt insats:

| | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Jag vill återta min ansökan om insats | Datum |
|--|-------|