



Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

ANSÖKAN

Datum

.....

Sänds till:

LSS-handläggare

Sölvesborgs kommun

294 80 SÖLVESBORG

Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon hem (även riktnummer)
E-mail	Telefon dagtid (även riktnummer)
	Mobilnr

Insats/Insatser som begärs

- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete som inte utbildar sig
- Individuell plan

Beskrivning

Omfattning av insatsen
.....
.....
.....
.....

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien, hur fungerar vardagen)

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Utdelningsadress
	Postnummer och postort
Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

Medgivande

Jag godkänner att LSS-handläggare får inhämta uppgifter från till exempel habiliteringen, sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten, skolan, rättspsykiatrisk klinik och kriminalvården för att kunna göra en bedömning.

Ja

Nej

Sökande

Den sökande är

Den som önskar insatsen

Vårdnadshavare

God man

Förvaltare

Den sökandes underskrift. Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.