



Begäran om förhandsbesked om LSS-insatser

Enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade - LSS

Uppgifter om dig som ansöker om insatsen enligt LSS

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

Vilken eller vilka insatser vill du ha förhandsbesked om?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistent | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Avlösarservice |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet | <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn (för skolungdom över 12 år) |
| <input type="checkbox"/> Boende barn och ungdom | <input type="checkbox"/> Boende vuxna |
| <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet | |

Beskriv varför du begär ett förhandsbesked

När behöver du insatsen i Sölvesborgs kommun?

Beskrivning av funktionsnedsättning

Vem är du som skrivit denna ansökan?

Den funktionsnedsatte God man Förvaltare Vårdnadshavare

Namn: _____ Namn: _____

Adress: _____ Adress: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

E-post: _____ E-post: _____

Underskrift

Sökandes underskrift

Sökandes underskrift

OBS! Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år, ska ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter från andra myndigheter. Kryssa i vilka myndigheter du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

- Försäkringskassa Övrig socialtjänst Habiliteringen
 Arbetsförmedling Skola Barnomsorg
 Sjukvården

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt data-system och användas för hanteringen av din ansökan.

Skicka din ansökan till: Sölvesborgs kommun
Omsorgens myndighetsenhet
294 80 SÖLVESBORG