



Ansökan om insatser enligt LSS

lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Personuppgifter:

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer och postort
E-postadress	Telefon

Företrädare:

<input type="checkbox"/> God man / Förvaltare	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare (vid gemensam vårdnad fyll i adressuppgifter till båda vårdnadshavarna)
För- och efternamn	För- och efternamn
Adress	Adress
Postnummer och ort	Postnummer och ort
Telefon	Telefon
E-postadress	E-postadress

Jag vill bli kontaktad genom (sätt kryss):

<input type="checkbox"/> SMS	<input type="checkbox"/> Telefonsamtal
<input type="checkbox"/> Brev	<input type="checkbox"/> Företrädare
<input type="checkbox"/> E-post	<input type="checkbox"/> Annat sätt:

Jag behöver tolk:

<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, språk:
------------------------------	--

Anledning till sökt insats:

Beskriv kort din funktionsnedsättning och vad du behöver hjälp med:

Vilken/Vilka insatser enligt 9 § LSS ansöker du om?

<input type="checkbox"/> 9§2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan	
<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 Korttillsyn 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 särskilt anpassad bostad för vuxna	
<input type="checkbox"/> 9§10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte studerar	
<input type="checkbox"/> Individuell plan enligt 10 § LSS i samband med beviljad insats	
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt 16 § LSS (om du bor i annan kommun och avser flytta till Sölvesborgs kommun)	Datum för planerad inflyttning till Sölvesborgs kommun

Jag bifogar följande dokument:

<input type="checkbox"/> Läkartyg/Läkarutlåtande	<input type="checkbox"/> Psykologbedömning/Psykologutlåtande
<input type="checkbox"/> ADL-bedömning från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat (ange vad):

Underskrift:

Ort och datum
Namnunderskrift
Namnförtydligande

Underskrift företrädare/vårdsnadshavare:

Ort och datum
Namnunderskrift
Namnförtydligande

Observera: vid gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna underteckna ansökan.