



ANSÖKAN OM INSATSER

**Enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
(LSS)**

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer :	
Ort:	

Beskrivning

Den här funktionsnedsättningen har jag:

Det här behöver jag hjälp och stöd med:

VÄND!

De här LSS-insatserna ansöker jag om

(Sätt ett kryss framför de insatser som du ansöker 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 Korttidsstillsyn 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 en annan kommun)

Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS? Ja Nej

Om du svarat ja, i vilken kommun:

OBS! Skicka gärna med kopia på intyg eller utredning som gäller ditt funktionshinder, då kan vi utreda och besluta snabbare.

Godkännande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.

Jag godkänner att ni får hämta upplysningar om mig hos försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller från en annan kommun:

Ja Nej

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är:

Den sökande God man Förvaltare Vårdnadshavare

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)

Medhjälpare

Jag som hjälpt till att göra denna ansökan är:

God man Förvaltare Annan _____

Namn: _____

Telefonnummer: _____

Gatuadress: _____

Postnummer : _____

Ort: _____

Ansökan skickas till:

Hammarö Kommun, Biståndsenheten, Box 26, 663 21 Skoghall