



Ansökan om insatser enligt LSS

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

Ansökan avser

| | | |
|-----------------------|-------|-------------------------|
| Efternamn och förnamn | | Pers-nr (ååååmmdd-xxxx) |
| Gatuadress | | Telefon hem |
| Postnummer och ort | Mobil | Telefon arbete |
| E-postadress | | |

Kontaktuppgifter till god man, förvaltare eller vårdnadshavare

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Efternamn och förnamn | Efternamn och förnamn |
| Gatuadress | Gatuadress |
| Postnummer och ort | Postnummer och ort |
| E-postadress | E-postadress |
| Telefon | Telefon |
| Mobil | Mobil |

Jag ansöker om:

- 9 § 2 Personlig assistans
- 9 § 3 Ledsagarservice
- 9 § 4 Kontaktperson
- 9 § 5 Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 Korttidsstillsyn för skolungdomar över 12 år
- 9 § 8 Familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- 9 § 10 Daglig verksamhet
- 10 § Individuell plan
- 16 § Förhandsbesked (avser sökande bosatt i annan kommun)

För en snabbare handläggning är det önskvärt att läkarintyg och/ eller psykologutlåtande bifogas. Det gäller framförallt när LSS-insatser söks för första gången.

Funktionsnedsättning/ diagnos (Ska vara styrkt av läkar- och/ eller psykologutlåtande.)

| |
|--|
| |
|--|

Skäl till ansökan (Vad har du svårt att klara av i vardagen?)

| |
|--|
| |
|--|

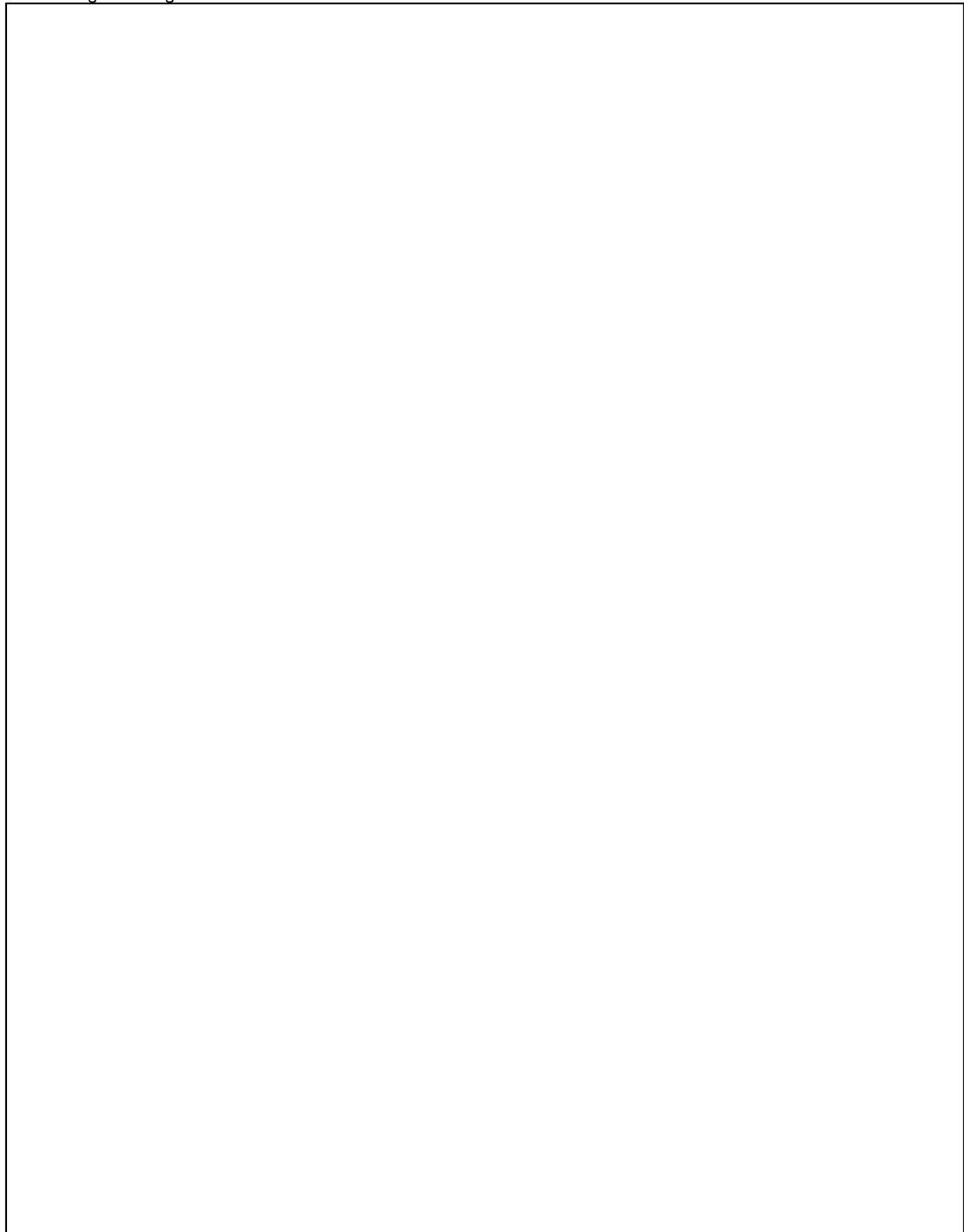
forts. sida 3

Den sökandes eller vårdnadshavares underskrift (bådas vid gemensam vårdnad)

| | |
|------------------------|-------------------|
| Datum och namnteckning | Namnförtydligande |
| Datum och namnteckning | Namnförtydligande |

Behjälplig med ansökan

| | |
|---|-------------------|
| Namnteckning | Namnförtydligande |
| <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Annan myndighetsperson <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Annan | |



Postadress Österåkers kommun
Biståndsenheten
184 86 Åkersberga

Besöksadress Alceahuset, plan 3
Hackstavägen 22
Telefon, växel 08-540 810 00

Samtycke

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att handläggare på biståndsenheten får samarbeta i mitt ärende vid behov med berörda inom:

- Landstinget/sjukvården
- Prima
- God man/ förvaltare
- Personligt ombud
- Arbetsförmedlingen
- Försäkringskassan
- Beroendemottagningen
- Individ- och familjeomsorgen

Anhöriga:

Övriga:

Jag vill inte att ni kontaktar:

Samtycket kan sägas upp när som helst eller ändras under pågående insats.

.....
Datum, underskrift

Vi kommer att behandla de personuppgifter som du lämnat på din inkomstförfrågan: personnummer, namn, adress, telefonnummer och e-postadress. Om du väljer att vi ska beräkna din avgift kommer vi även att behandla eventuell make/makas uppgifter, då inkomsterna räknas ihop och delas på hälften. Skickas avgiftsbeslut och/eller faktura till en postmottagare behandlas även dennes uppgifter: namn, adress och telefonnummer. Vård- och omsorgsnämnden i Österåkers kommun ansvarar för behandlingen. Du har rätt att få information om de uppgifter vi har om dig. Det gör du enklast genom att kontakta vard-ochomsorgsnamnden@osteraker.se Har du frågor kring hur vi som kommun behandlar dina personuppgifter, vänligen läs på vår webbsida osteraker.se eller kontakta kommunens dataskyddsombud på e-post dataskyddsombud@osteraker.se eller kommunens telefonnummer 08-540 810 00.