



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

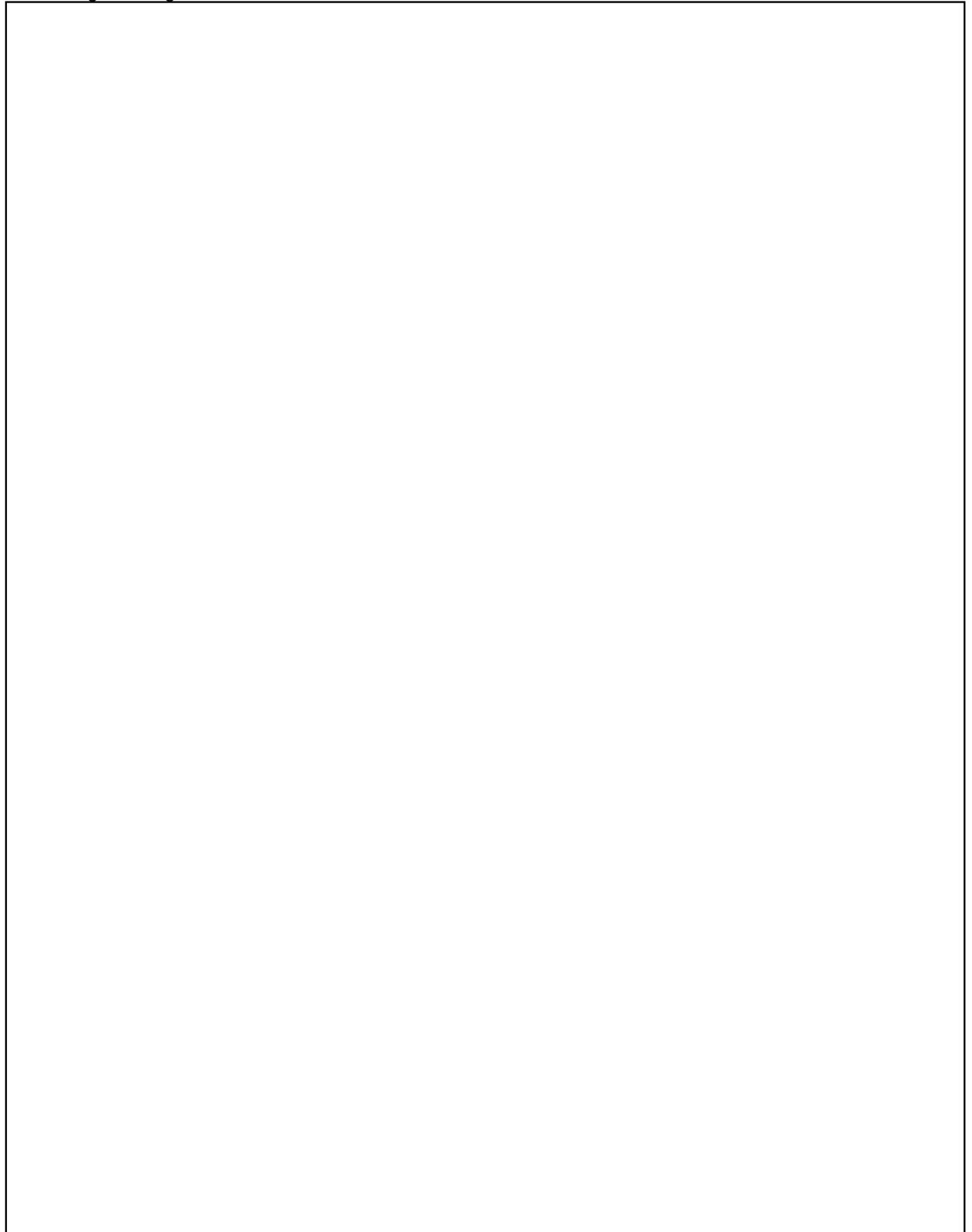
De lämnade uppgifterna dataregisteras enligt personuppgiftslagen (PuL) § 10. Dataregistret används för administration av äldre- och handikappomsorgen och avgiftshantering. För information och rättelse i registret vänder man sig till adressen på nästa sida.

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 Socialförvaltningen VON plan 4 184 86 Åkersberga | Besöksadress | Alceahuset Hackstavägen 22 184 86 Åkersberga |
| Telefon | 08-540 810 00 (växel) | | |

Samtycke

Härmed lämnar jag mitt samtycke till att handläggare på socialförvaltningen 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