



ANSÖKAN ENLIGT LAGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE

Sänds till

Socialförvaltningen
LSS-enheten
Backagårdsgatan 11
511 80 KINNA

Personuppgifter

Efternamn och alla förnamn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon (även riktnummer)	Alternativ telefon (även riktnummer)	

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Insats/Insatser som ansöks om

<input type="checkbox"/> Rådgivning och personligt stöd (söktes hos Landstinget)	I en omfattning av, ange antal timmar per vecka
<input type="checkbox"/> Personlig assistent	I en omfattning av, ange antal timmar per vecka
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	I en omfattning av, ange antal timmar per vecka
<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson	I en omfattning av, ange antal timmar per vecka
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	I en omfattning av, ange antal timmar per vecka
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet. I form av:	<input type="checkbox"/> Korttidshem <input type="checkbox"/> Stödfamilj
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse för skolungdom över 12 år (söktes hos barn- och ungdomsförvaltningen)	
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna	
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig	
<input type="checkbox"/> Individuell plan	<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt LSS, ansöks om man tänker bosätta sig i kommunen

Sökande

Den sökande är	<input type="checkbox"/> Den funktionshindrade	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man
----------------	--	---	-------------------------------------	----------------------------------

Underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras samt att underlag för beslut får rekvideras från försäkringskassan och sjukvården	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Ort och datum	
Den sökandes, namnteckning	Namnförtydligande

Fylls i av vårdnadshavare/förvaltare/god man eller annan som varit behjälplig vid upprättandet av ansökan

Namn	
Adress	Postadress
Telefon (även riktnummer)	Alternativ telefon (även riktnummer)
Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Vid frågor kontakta LSS handläggare
0320 21 76 74
0320 21 76 43

Information om behandling av personuppgifter

När du lämnar in en ansökan enligt LSS innebär det att dina uppgifter kommer att behandlas elektroniskt av kommunen för att handlägga ditt ärende. Uppgifterna behandlas enligt de regler som finns i personuppgiftslagen (1998:204) och lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Du har rätt att få information från Socialförvaltningen i Marks kommun om behandlingen av de personuppgifter som rör dig. Socialförvaltningen har ansvar för att rätta felaktiga uppgifter.