Mark

Ansökan

Ansökan om insats enligt LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Blanketten skickas till Marks kommun, Socialförvaltningen, LSS-enheten
Klockaregatan 15, 511 80 Kinna

Personnummer

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer (även riktnummer)
Postnummer	Postort

Ansökan ingiven av (om annan än sökanden)

☐ Vårdnadhavare ☐ Godeman ☐ Förvaltare

Namn	Telefonnummer (även riktnummer)
Adress	
Postnummer	Postort

Insats/insatser som begärs

☐ 9.2 Personlig assistent
☐ 9.3 Ledsagarservice
☐ 9.4 Biträde av kontaktperson
☐ 9.5 Avlösarservice
☐ 9.6 Korttidsvistelse
☐ 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
☐ 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
☐ 9.9 Bostad med särskild service för vuxna
☐ 9.10 Daglig verksamhet
☐ Ansökan om förhandsbesked enligt LSS 16§ 2 stycket

☐ Jag intygar att underlag får inhämtas från sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten, skolan eller från en annan myndighet.

Datum	Undersskrift
Ort	Namnförtydligande

Beskriv kort ditt funktionshinder och orsak till ansökan

Administrativ assistent LSS-enheten, telefonnummer 0320 21 72 53

Marks kommun
Socialförvaltningen
Klockaregatan 15
511 80 KINNA

Telefon 0320 21 70 00 vx
LSS-enheten
E-post sn@mark.se

Organisationsnummer
212 000-1504