

Ansökan om insatser enligt LSS

* Obligatoriska fält

1 Dina uppgifter

1.1 Förnamn*
1.2 Efternamn*
1.3 Personnummer (ÅÅÅÅMMDDXXXX)*
1.4 Adress*
1.5 Postnummer*
1.6 Postadress*
1.7 Telefon/mobilnummer*
1.8 E-postadress*
1.9 Ange om du behöver tolk* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Jag behöver inte tolk <input type="checkbox"/> Jag behöver tolk
1.10 Om du behöver tolk, ange språk samt eventuell dialekt

2 Ansökan gäller

2.1 Begäran gäller* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Mig själv <input type="checkbox"/> Annan person
2.2 För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.* <input type="checkbox"/> Jag godkänner att förvaltningen får hämta upplysningar om mig hos socialtjänsten, hälso- och sjukvården och/eller annan kommun <input type="checkbox"/> Jag har fått samtycke från den person det gäller, att skicka denna ansökan (behöver endast fyllas i om ansökan gäller annan person än dig själv)

3 Uppgifter på den person som begäran gäller

3.1 Om begäran gäller annan person, ange din relation till den som begäran gäller (Du kan endast välja ett alternativ)

- Vårdnadshavare God man
 Förvaltare Ombud med fullmakt
 Anhörig med fullmakt

3.2 Uppgifter på den person som begäran gäller

3.3 Förnamn*

3.4 Efternamn*

3.5 Personnummer (ÅÅÅÅMMDDXXXX)*

3.6 Adress*

3.7 Postnummer*

3.8 Postadress*

3.9 Telefon/mobilnummer*

3.10 E-postadress

3.11 * (Du kan endast välja ett alternativ)

- Bifogar via e-post Jag skickar intyg per post

3.12 Bifoga fullmakt samt registerutdrag

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

4 Begäran om insats

4.1 De här insatserna enligt § 9 LSS vill jag begära om:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rådgivning och annat personligt stöd | <input type="checkbox"/> Personlig assistans |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice | <input type="checkbox"/> Kontaktperson |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet | <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
| <input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet | <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 | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet |

4.2

4.3 Begäran

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jag begär att en individuell plan upprättas enligt § 10 LSS i samband med beviljad insats | <input type="checkbox"/> Jag begär förhandsbesked enligt § 16 (gäller dig som bor i annan kommun) |
|--|---|

5 Tidigare ansökan

5.1 Har du tidigare begärt eller fått insatser enligt LSS?* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

5.2 Om ja, i vilken kommun*

6 Anledning till begärd insats

6.1 Anledning till begärd insats

6.2 Funktionshinder (kort beskrivning)*

6.3 Behov av stöd och hjälp*

7 Bifoga läkarintyg

7.1 Hur vill du bifoga eventuellt läkarintyg för begäran?* (Du kan endast välja ett alternativ)

Via post

Bifogar via e-post

7.2 För att behandla din begäran behöver vi få in medicinska underlag och en funktionsbedömning.

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Ansökan skickas per brev till:

Perstorps Kommun
Att: LSS-handläggare
284 85 Perstorp

eller via e-post till: lss-handlaggare@perstorp.se