

ANSÖKAN OM INSATS ENLIGT LSS

ANSÖKAN GÄLLER

Markera den insats du vill ansöka om

- ☐ Personlig assistans (9 § 2)
- ☐ Ledsagarservice (9 § 3)
- ☐ Kontaktperson (9 § 4)
- ☐ Avlösarservice i hemmet (9 § 5)
- ☐ Korttidsvistelse utanför hemmet (9 § 6)
- ☐ Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år (9 § 7)
- ☐ Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)
- ☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad (9 § 9)
- ☐ Daglig verksamhet (9 § 10)

☐ Jag är osäker på vilken insats som passar mina behov och önskar rådgivning från handläggare.

PERSONUPPGIFTER

NAMN, EFTERNAMN:	PERSONUMMER:
TELEFON:	EPOST:

UPPGIFTER TILL ANHÖRIG ELLER FÖRETRÄDARE

Anhörig eller företrädare (uppgi namn, efternamn, relation till sökande samt kontaktuppgifter):

☐ Jag samtycker till att anhörig eller företrädare kontaktas under utredningen.

AKTUELL SITUATION

Varför ansöker du om stöd? Beskriv vilka behov du har och varför du söker den aktuella insatsen.

Har du redan stöd eller insatser? Har du idag insatser enligt LSS eller Socialtjänstlagen (SoL)? Beskriv vilket stöd du har.

FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH DIAGNOSER

Beskriv din funktionsnedsättning och eventuella diagnoser.

!Bifoga medicinskt underlag som styrker din funktionsnedsättning och personkretstillhörighet enligt LSS.

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

Finns det något annat som är viktigt för oss att känna till?

UNDERSKRIFT

Ort och datum: _____

Sökandens underskrift och namnförtydligande: _____