

Ansökan om insats enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta (LSS)

Sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer:	E-postadress:
Gatuadress:		Postnummer och Ort:	
Telefon dagtid:		Telefon mobil:	
<input type="checkbox"/> Jag är i behov av tolk	Språk:		
Funktionsnedsättning/Hälsa/Diagnos (skall styrkas med intyg)			

Ansökan

Beskrivning av den sökandes situation:	
<input type="checkbox"/> Svårt att sköta hemmet	<input type="checkbox"/> Upplever ensamhet/oro
<input type="checkbox"/> Svårt att bo kvar hemma	<input type="checkbox"/> Avlasta anhörig
<input type="checkbox"/> Svårt att klara mig själv	<input type="checkbox"/> Behov av sysselsättning
<input type="checkbox"/> Annan situation:	<input type="checkbox"/> Upplever social isolering
<input type="checkbox"/> Svårt att komma ut	
Ansöker om:	
<input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent/ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan assistans	<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn eller ungdomar	<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för personer som inte jobbar eller studerar	<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	
Ansöker du om förhandsbesked? (Att i förväg få besked om rätt till LSS-insatser i den kommun dit du vill flytta)	
<input type="checkbox"/> Jag ansöker om förhandsbesked	

Medgivande

Erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från följande myndighet/instans/vårdgivare:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alla | <input type="checkbox"/> Skola | <input type="checkbox"/> BUP |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Sjukvården | <input type="checkbox"/> Habiliteringen | <input type="checkbox"/> Annat |

Vårdnadshavare 1

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

Vårdnadshavare 2

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

God man/Förvaltare/Företrädare med fullmakt

Förordnande/Fullmakt ska bifogas

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och Ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

Typ av uppdrag: Sörja för person Förvalta egendom Bevaka rätt

Underskrift

Sökande/företrädare	Namnförtydligande
---------------------	-------------------