

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

### Sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer:	
Gatuadress:		Postnummer och Ort:	
E-postadress:		Telefon dagtid:	
<input type="checkbox"/> Jag är i behov av tolk	Språk:		
<input type="checkbox"/> Jag har digital myndighetsbrevlåda, typ KIVRA eller Min myndighetspost.			
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"/> Upplever social isolering
<input type="checkbox"/> Svårt att bo kvar hemma	<input type="checkbox"/> Avlasta anhörig	<input type="checkbox"/> Svårt att komma ut
<input type="checkbox"/> Svårt att klara mig själv	<input type="checkbox"/> Behov av sysselsättning	
<input type="checkbox"/> Annan situation:		
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: <input type="checkbox"/> Sörja för person <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Bevaka rätt	

## Underskrift

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

## Ansökan, samtycke och eventuell fullmakt/förordnande skickas till:

Kontaktcenter  
Trollhättans Stad  
46183 Trollhättan