

## 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. I dagsläget ej aktuellt för LSS. Beräknas dock startas upp under hösten 2025.			
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"/> Korttids tillsyn 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

Den sökande ska själv inkomma med uppgifter som styrker funktionsnedsättning/behov. Handläggare kan dock ibland behöva förtydligande kompletteringar. Genom att kryssa i nedan ger Du handläggaren medgivande att vid behov kontakta/söka information i

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Skola                                      | <input type="checkbox"/> BUP                          | <input type="checkbox"/> Försäkringskassan            |
| <input type="checkbox"/> Arbetsmarknads- och socialförvaltningen    | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen           | <input type="checkbox"/> Sjukvården                   |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringen                             | <input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen SoL-Akt | <input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen LSS-akt |
| <input type="checkbox"/> Annan verksamhet inom Omsorgsförvaltningen | Ange vilken:  |   |
| <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:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

## Underskrift

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

## Ansökan samt bilagor skickas till:

Kontaktcenter  
Trollhättans Stad  
46183 Trollhättan