

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:
☐ Jag är i behov av tolk	Språk:	
☐ 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:		
☐ Svårt att sköta hemmet	☐ Upplever ensamhet/oro	☐ Upplever social isolering
☐ Svårt att bo kvar hemma	☐ Avlasta anhörig	☐ Svårt att komma ut
☐ Svårt att klara mig själv	☐ Behov av sysselsättning	
☐ Annan situation:		
Ansöker om:		
☐ Biträde av personlig assistent/ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans	☐ Avlösarservice i hemmet	
☐ Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn eller ungdomar	☐ Ledsagarservice	
☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad	☐ Korttidsvistelse	
☐ Daglig verksamhet för personer som inte jobbar eller studerar	☐ Kontaktperson	
☐ Korttidsstillsyn 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)		
☐ 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

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Skola | ☐ BUP | ☐ Försäkringskassan |
| ☐ Arbetsmarknads- och socialförvaltningen | ☐ Arbetsförmedlingen | ☐ Sjukvården |
| ☐ Habiliteringen | ☐ Omsorgsförvaltningen SoL-Akt | ☐ Omsorgsförvaltningen LSS-akt |
| ☐ Annan verksamhet inom Omsorgsförvaltningen | Ange vilken: | |
| ☐ 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