



Socialförvaltningen
 Box 25
 738 21 NORBERG
 Växel: 0223-290 00

Ansökan om insatser enligt LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Datum för ansökan:

.....

Ansökan avser

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Adress	Hemtelefon
Postadress	Mobiltelefon

§ Insatser enligt denna lag skall ges den enskilde endast om han begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavare, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatser för honom.

Sökande

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

Behjälplig vid upprättandet av ansökan

Efternamn och tilltalsnamn	Hemtelefon
Adress	Mobiltelefon

Beskrivning av funktionshinder

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stödbehov

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V
Ä
N
D

Jag ansöker om följande insatser:

<input type="checkbox"/>	9 § 2 Personlig assistans
<input type="checkbox"/>	9 § 3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/>	9 § 4 Kontaktperson
<input type="checkbox"/>	9 § 5 Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 6 Korttidsvistelse utanför hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/>	9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/>	9 § 10 Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/>	10 § Individuell plan
<input type="checkbox"/>	16 § Förhandsbesked

Bifoga underlag som styrker diagnos och/eller medicinskt funktionshinder tillsammans med ansökan

Jag medger att uppgifter för bedömning av denna ansökan vid behov får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården/habiliteringen, övrig socialtjänst, skola och arbetsförmedling.

Ja Nej

Datum	Sökandes underskrift	Datum	Behjälpligs underskrift
-------	----------------------	-------	-------------------------

OBS!

*Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år,
skall ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.*

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------	-------	-----------------------------

Vid ansökan kommer sökandens persondata att registreras i Socialförvaltningens register.