

Ansökan om insatser enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

Personuppgifter

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
E-post:	Mobiltelefon:
Anhörig/närstående:	Telefonnummer:

Kryssa för den insats du vill ansöka om

<input type="checkbox"/> 9 § 2 LSS Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans
<input type="checkbox"/> 9 § 3 LSS Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9 § 4 LSS Kontaktperson
<input type="checkbox"/> 9 § 5 LSS Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § 6 LSS Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § 7 LSS Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9 § 8 LSS Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 9 § 9 LSS Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § 10 LSS daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder
<input type="checkbox"/> 16 § LSS Förhandsbesked

Beskriv din funktionsnedsättning och ditt/dina hjälpbehov

Insatser från annan myndighet

<p>Har du pågående eller ansökta insatser från Försäkringskassan?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, vilken insats?</p>	<p>Har du pågående eller ansökta insatser från Råd och stöd i landstinget?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Om ja, vilken insats?</p>
--	---

Annat språk än svenska:

Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk:
---	--------

Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja, fyll i uppgifterna nedan.

<input type="checkbox"/> Ja, vårdnadshavare/förmyndare	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Ja, annan
Namnsteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	
E-post	Telefon	

Medgivande

För att en korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva hämta in uppgifter från till exempel Försäkringskassan, landstinget, socialtjänsten eller från annan nämnd i Gnesta kommun.

Jag medger att LSS-handläggare under utredningen efter överenskommelse får ta kontakt och inhämta uppgifter som är viktiga för utredningen och bedömningen:

Ja Nej

Underskrift

Namnsteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	

Intyga din funktionsnedsättning

Till denna ansökan behöver du bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnos/er framgår. Det kan vara läkarintyg eller ett psykologutlåtande.

Blanketten skickas till:

Gnesta kommun
LSS-handläggare
646 80 Gnesta

Hantering av personuppgifter: Kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när du fyllt i blanketten och skickat in den till oss. Mer information om hur vi hanterar personuppgifter hittar du på vår webbplats www.gnesta.se/gdpr.