

Ansökan om insatser enligt LSS

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan sänds till:

Borlänge kommun
Biståndshandläggare LSS
781 81 Borlänge

Personuppgifter sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobil
E-postadress	

Jag ansöker om

- § 9.2 Personlig assistans
- § 9.3 Ledsagarservice
- § 9.4 Kontaktperson
- § 9.5 Avlösarservice i hemmet
- § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, ange önskad form för vistelsen:
 Korttidshem Avlastningsfamilj Lägervistelse
- § 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- § 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn/unga
- § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna
- § 9.10 Daglig verksamhet
- Förhandsbesked Inflyttning till Borlänge kommun, datum: _____

Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning (inkl. eventuella diagnoser)

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp

VÄND →

Ansökan om insatser enligt LSS

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan sänds till:

Borlänge kommun
Biståndshandläggare LSS
781 81 Borlänge

Samtycke

För att kunna göra en bedömning om rätten till insats enligt LSS ska den sökande inkomma med intyg/uppgifter som biståndshandläggaren bedömer är av betydelse för utredningen. Eventuella kostnader för sådana intyg bekostas av den sökande.

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta muntliga och skriftliga uppgifter/underlag från följande myndigheter/verksamheter om så behövs under utredningstiden:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vuxenpsykiatri /Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) | <input type="checkbox"/> Försäkringskassa |
| <input type="checkbox"/> Geriatrik- och rehabiliteringsmedicin (Rehab) | <input type="checkbox"/> Socialtjänst |
| <input type="checkbox"/> Habilitering | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling |
| <input type="checkbox"/> Skola/Förskola | |
| <input type="checkbox"/> Vårdcentral, ange vilken: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Annan myndighet/verksamhet, ange vilken: _____ | |

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta uppgifter från följande personer (exempelvis anhörig eller annan viktig person), om så behövs under utredningstiden:

Person som varit behjälplig vid ansökan

Namn	Relation till sökande
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	E-postadress

Underskrift av sökande /vårdnadshavare* /legal ställföreträdare**

* Vid gemensam vårdnad om barn under 18 år skall båda vårdnadshavarna underteckna ansökan.

** Om ansökan görs av god man/förvaltare skall registerutdrag om ställföreträdarskap bifogas.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Upplysning om personuppgiftsbehandling

Personuppgifter ifyllda på denna blankett kommer att registreras och behandlas i kommunens dataregister, i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PUL).