

Ansökan om LSS

* Obligatoriska fält

Ansökan gäller

Begäran gäller* (Du kan endast välja ett alternativ)

Mig själv

Annan person

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.

Jag godkänner att förvaltningen får inhämta uppgifter från exempelvis sjukvård, försäkringskassa, habiliteringen, skola och /eller socialtjänst.

Jag har fått samtycke från den person det gäller, att skicka denna ansökan (behöver endast fyllas i om ansökan gäller annan person än dig själv)

Uppgifter på den person som begäran gäller

Om begäran gäller annan person, ange din relation till den som begäran gäller (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> God man |
| <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt |
| <input type="checkbox"/> Anhörig med fullmakt | |

Uppgifter på den person som begäran gäller

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)*

Förnamn*

Efternamn*

E-postadress

Adress*

Postnummer*

Ort*

Telefon/mobilnummer*

Uppgifter på den person som hjälpt till med begäran

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon/mobilnummer*
Ange om du behöver tolk <input type="checkbox"/> Jag behöver tolk
Om du behöver tolk, ange språk samt eventuell dialekt
Bifoga fullmakt eller registerutdrag

Begäran om insats

De här insatserna enligt § 9 LSS vill jag begära om:*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistans | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson | <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet | <input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år |
| <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom | <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna |
| | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet |

Begäran

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jag begär att en individuell plan upprättas enligt § 10 LSS i samband med beviljad insats | <input type="checkbox"/> Jag begär förhandsbesked enligt § 16 (gäller dig som bor i annan kommun) |
|--|---|

Tidigare ansökan

Har du tidigare begärt eller fått insatser enligt LSS?*(Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Om ja, i vilken kommun*

Anledning till begärd insats

Anledning till begärd insats

Funktionsnedsättning (kort beskrivning samt diagnos/diagnoser)*

Behov av stöd och hjälp*

Bifoga läkarintyg

Hur vill du lämna läkarintyg/funktionsbedömning för begäran? (Du kan endast välja ett alternativ)

- Vid fysiskt möte Via post
 Via denna e-tjänst

Om du vill lämna läkarintyg/funktionsbedömning via e-tjänsten kan du gör det här

Om du vill lämna läkarintyg/funktionsbedömning via e-tjänsten kan du gör det här

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift