



Ansökan om biståndsinsatser enligt § 9 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Sökande

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer(inkl riktnummer) Dagtid:..... Kvälltid:..... Mobilnr:
E-postadress		

Uppgifter om anhörig/närstående

Namn		Släktskap/relation
Adress		
Tel bostad	Tel arbete	Mobiltelefon

Ansökan gäller (LSS)

- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Familjehem/bostad med särskild service barn
- Bostad med särskild service vuxna
- Begäran om individuell plan § 10
- Kontaktperson
- Korttidsvistelse
- Avlösarservice
- Korttidstillsyn
- Daglig verksamhet
- Förhandsbesked § 16

Funktionsnedsättning

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp t.ex. omfattning och orsak

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av ärendet kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL) och jag försäkrar att mina personliga uppgifter är sanningsenliga

Ort och datum

Namnteckning

Samtycke

För att kunna handlägga din ansökan så kan biståndshandläggare behöva inhämta upplysningar från t.ex. anhöriga, kommun, försäkringskassa, primärvård, landsting

Ja, jag lämnar medgivande

Nej, jag lämnar inte medgivande

Den som söker är:

Den sökande själv

Vårdnadshavare
Vid gemensam vårdnad krävs
underskrift av båda vårdnadshavarna

God man, förvaltare
Förordnande ska bifogas

Underskrift

Datum

Namnteckning

Behjälplig vid ansökan

Namn:

Telnr.

För snabbare handläggning skall läkar-/psykologutlåtande bifogas för LSS-insatser

Blanketten skickas till:

Vara kommun, Biståndsenheten, 534 81 VARA
