

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

1. Personuppgifter sökanden

Förnamn, efternamn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Postadress
Telefon	Mobiltelefon	

2. Insats/insatser som begärs

<input type="checkbox"/> 9.2 Personlig assistent. Antal timmar per vecka: _____
<input type="checkbox"/> 9.3 Ledsagarservice. Antal timmar per vecka: _____
<input type="checkbox"/> 9.4 Kontaktperson
<input type="checkbox"/> 9.5 Avlösarservice i hemmet. Antal timmar per vecka: _____
<input type="checkbox"/> 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (korttidshem, stödfamilj). Omfattning: _____
<input type="checkbox"/> 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, i anslutning till skoldagen och lov
<input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> 9.9 Boende med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

3. Förhandsbesked

<input type="checkbox"/> § 16 Förhandsbesked till sökande i annan kommun som tänker bosätta sig i Eslövs kommun

4. Individuell plan

<input type="checkbox"/> § 10 Individuell plan med beslutande och planerade insatser ska upprättas i samråd med sökande

5. Beskrivning

Beskriv kort din funktionsnedsättning/diagnos

--

Bifogat:

Läkarintyg

Psykologutlåtande

Övrigt: _____

6. Samtycke

Jag samtycker till att underlag får inhämtas från sjukvård, försäkringskassa, skola, Barn och Utbildning, Socialtjänst över 18 år eller annan myndighet

Ja

Nej

7. Legal företrädare

Har du legal företrädare?

Ja

Nej

Obs! Kopia av "registerutdrag om ställföreträdandeskap" ska bifogas

8. Ansökan ingiven av (ifylles endast om annan än sökanden)

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Den enskilde

God man/förvaltare

Förnamn, efternamn

Telefonnummer (även riktnummer)

Gatuadress

Postnummer

Postadress

9. Underskrift

Datum	Underskrift
Ort	Namnförtydligande