



## Ansökan om insatser enligt LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

### Datum för ansökan

\_\_\_\_\_

### Ansökan avser

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| Sökandes efternamn och tilltalsnamn | Personnummer |
| Adress                              | Hemtelefon   |
| Postadress                          | Mobiltelefon |

8 § *Insatser enligt denna lag skall ges den enskilde endast om han begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavaren, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatsen för honom.*

### Sökande

|                                       |  |                                  |                                     |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Den enskilde | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavaren | <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Förvaltare |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|-------------------------------------|

### Behjälplig vid upprättande av ansökan

|                            |              |
|----------------------------|--------------|
| Efternamn och tilltalsnamn | Hemtelefon   |
| Adress                     | Mobiltelefon |

### Beskrivning av funktionshinder

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|

### Stödbehov

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|

**Jag ansöker om följande insatser:**

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 9 § 1 Råd och Stöd  |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 2 Personlig assistans   |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 3 Ledsagarservice   |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 4 Kontaktperson   |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 5 Avlösarservice i hemmet   |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet                                    |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år                                   |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna  |
| <input type="checkbox"/> | 9 § 10 Daglig verksamhet  |
| <input type="checkbox"/> | 10 § Individuell plan   |
| <input type="checkbox"/> | 16 § Förhandsbesked   |

***Bifoga underlag som styrker diagnos och/eller medicinskt funktionshinder tillsammans med ansökan***

Jag medger att uppgifter för bedömning av denna ansökan vid behov får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården/habilitering, övrig socialtjänst, skola och arbetsförmedling.

Ja                       Nej

|       |                       |       |                         |
|-------|-----------------------|-------|-------------------------|
| Datum | Sökandens underskrift | Datum | Behjälpligs underskrift |
|-------|-----------------------|-------|-------------------------|

**OBS!**

Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år, skall ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

|       |                             |       |                             |
|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|
| Datum | Vårdnadshavares underskrift | Datum | Vårdnadshavares underskrift |
|-------|-----------------------------|-------|-----------------------------|

*Vid ansökan kommer sökandens persondata att registreras i Socialförvaltningens register.*

dokument3

Postadress:  
Medborgarhuset  
842 80 SVEG

Telefon:  
0680-161 00 vx

Telefax:  
0680-161 05  
Hemsida: www.herjedalen.se

Plusgiro: 12 65 19-8  
Bankgiro: 251-5294