



# Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

## ANSÖKAN

Datum

.....

Sänds till:

LSS-handläggare

Sölvesborgs kommun

294 80 SÖLVESBORG

## Personuppgifter

Efternamn och förnamn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon hem (även riktnummer)
E-mail	Telefon dagtid (även riktnummer)
	Mobilnr

## Insats/Insatser som begärs

- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete som inte utbildar sig
- Individuell plan

## Beskrivning

Omfattning av insatsen
.....
.....
.....
.....

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien, hur fungerar vardagen)

### Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Utdelningsadress
	Postnummer och postort
Namnförtydligande	Telefon (även riktnummer)

### Medgivande

Jag godkänner att LSS-handläggare får inhämta uppgifter från till exempel habiliteringen, sjukvården, försäkringskassan, socialtjänsten, skolan, rättspsykiatrisk klinik och kriminalvården för att kunna göra en bedömning.

Ja

Nej

### Sökande

Den sökande är

Den som önskar insatsen

Vårdnadshavare

God man

Förvaltare

Den sökandes underskrift. Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.