

# Ansökan om insatser enligt LSS

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Sida 1 av 2



Datum

## Handlingarna ska skickas till:

Örnsköldsviks kommun, Vårdförvaltningen  
Omsorgsenheten, Nygatan 16 vån 3  
891 88 Örnsköldsvik

### Personuppgifter

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Sökandes namn:                    | Personnummer:                     |
| Utdelningsadress (gata, box etc): | Telefon bostad (även riktnummer): |
| Postnummer och postort:           | Mobil nr:                         |
| e-post adress                     |                                   |

### Insats/Insatser som söks

- 9§2 Biträde av personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans
- 9§3 Ledsagarservice
- 9§4 Biträde av kontaktperson
- 9§5 Avlösarservice i hemmet
- 9§6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9§7 Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet
- 9§8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9§9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9§10 Daglig verksamhet

### Beskrivning

|  |
|--|
| <b>Jag söker insats/insatser därför att:</b>   |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| <b>Min funktionsnedsättning är (ev diagnos och/eller kort beskrivning). <u>Bifoga gärna ett intyg:</u></b> |
|  |
|  |
|  |



|   |
|---|
| <b>Beskrivning av mitt stöd- och hjälpbehov i det vardagliga:</b> |
|   |
|   |
|   |
|   |
|   |

### Sökandes medgivande och underskrift

|   |   |                                     |                                 |
|---|---|-------------------------------------|---------------------------------|
| Den sökande är:                         |   |                                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> Personen själv | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Godman |

|  |                   |
|--|-------------------|
| Jag tillåter att LSS handläggare i Örnsköldsviks kommun får inhämta de uppgifter som behövs för handläggning av ärendet från försäkringskassa, arbetsförmedlingen, sjukvården, skolan samt från andra enheter/avdelningar inom välfärdsförvaltningen. (Stryk över där medgivande till kontakt <b>inte</b> ges) |                   |
| Ort och datum  |                   |
| Namnteckning (sökande eller vårdnadshavare)  | Namnförtydligande |
| Namnteckning (vårdnadshavare)  | Namnförtydligande |

*För barn under 18 år krävs **båda** vårdnadshavares underskrifter*

*För vuxna som inte själv kan underteckna eller föra sin egen talan krävs underskrift av juridisk företrädare*

### Behjälplig vid upprättande av ansökan

|                                  |                   |
|----------------------------------|-------------------|
| Namnteckning:                    | Namnförtydligande |
| Utdelningsadress (gata, box etc) | Telefon dagtid:   |

Dina personuppgifter kommer att registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering. Uppgifterna behandlas enligt personuppgiftslagen, PUL.

**Vid frågor kontakta LSS-handläggare eller Omsorgsenhetens mottagningstelefon  
Telefon vx. 0660-880 00 eller 0660-26 51 82**