



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

Datum: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Ansökan skickas till: Staffanstorps kommun
Omsorgsförvaltningen
245 80 Staffanstorp

Ansökan om insatser enligt LSS

Tänk på att....

- * Handläggningstiden påverkas av om din ansökan med intyg är komplett.
- * Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under.
- * Är du över 18 år ansöker du själv om insatser eller med hjälp av legal företrädare. Bifoga förordnandet av legal företrädare.

Sökande

Namn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer	Ort
E-post	

Behov av tolk

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Om ja, vilket språk _____
------------------------------	-----------------------------	---------------------------

Företrädare för den sökande

Vårdnadshavare God man Förvaltare Ombud enligt fullmakt

Namn	Namn
Gatuadress	Gatuadress
Postadress	Postadress
Telefonnummer	Telefonnummer
E-post	E-post

Funktionsnedsättning (eventuell diagnos)

--

Beskriv ditt behov av stöd och service

Skriv ner vilka svårigheter som finns i det dagliga livet och ditt behov av stöd.

--



Datum: Klicka eller tryck här för att ange datum.

Klicka eller tryck här för att ange text.
Klicka eller tryck här för att ange text.

Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan?

Till exempel från sjukvården, socialtjänsten (hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen och/eller arbetsmarknad och socialförvaltningen), skola/barnomsorg, annan kommun eller Försäkringskassan

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vilken insats _____
Nej	Ja	

Jag ansöker om följande insats/insatser enligt LSS:

<input type="checkbox"/> 9.1 Ansökan om Råd och Stöd görs hos Region Skåne
<input type="checkbox"/> 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats
<input type="checkbox"/> 9.3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9.4 Biträde av 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 skolgång över 12 år
<input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
<input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2)
<input type="checkbox"/> § 10 Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS-insats)
<input type="checkbox"/> § 16 Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Staffanstorps kommun)
Ange vilken insats: _____
<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats enligt LSS som är lämplig och vill rådgöra med handläggare

Jag bifogar

<input type="checkbox"/> Läkarityg <input type="checkbox"/> Psykologutlåtande <input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande
<input type="checkbox"/> Registerutdrag om ställföreträdarskap god man/ förvaltare

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är

Den sökande Vårdnadshavare God man Förvaltare Ombud enligt fullmakt

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under.

Jag försäkrar att de lämnade uppgifterna är kompletta och korrekta. Jag är medveten om att jag är skyldig att meddela ändrade förhållanden som kan påverka mina ärenden. Jag lämnar mitt samtycke till att de lämnade uppgifterna dataregistreras enligt dataskyddsförordningens (GDPR:s) krav. Dataregistret används för administration inom Omsorgsförvaltningen.

Ort/datum	Ort/datum
Underskrift:	Underskrift:
Namnförtydligande	Namnförtydligande

För mer information hänvisar jag till

Titel	Telefonnummer
Namn	E-post