



Begäran om stöd enligt LSS

DINA PERSONUPPGIFTER

Namn (sökande)	Personnummer (12 siffror)
Adress (ev. portkod)	
Postnummer och ort	Telefonnummer (dagtid)

TOLKBEHOV

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

BESKRIVNING

Funktionshinder (kort beskrivning)
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

JAG ANSÖKER OM (markera med kryss vad Du söker)

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Personlig assistent, 9 § 2 <input type="checkbox"/> Ledsagarservice, 9 § 3 <input type="checkbox"/> Kontaktperson, 9 § 4 <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, 9 § 5 <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför hemmet, 9 § 6 <input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen samt under lov, 9 § 7 <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar, 9 § 8 <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad för vuxna, 9 § 9 <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet, 9 § 10
--

INTYG OCH UTLÅTANDEN SOM BESKRIVER MIN FUNKTIONSNEDSÄTTNING

För att vi ska kunna förstå och kunna bedöma ditt behov behöver vi intyg som styrker din funktionsnedsättning. Om du inte har något läkarutlåtande som beskriver din funktionsnedsättning och hur den påverkar dig rekommenderar vi dig att ordna med ett sådant. Komplettera sedan din ansökan med utlåtandet. En komplett ansökan minskar handläggningstiden.

Intyg som skickas med:

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Funktionsbedömning från arbetsterapeut
<input type="checkbox"/> Psykologutredning	<input type="checkbox"/> Utredning från Försäkringskassan

SÖKANDE

<input type="checkbox"/> Jag själv	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
------------------------------------	---	----------------------------------	-------------------------------------

SAMTYCKE

Instanser du godkänner att vi hämtar/lämnar uppgifter ifrån/till för att kunna behandla din ansökan.

<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> Sjukvården	<input type="checkbox"/> Skola	<input type="checkbox"/> Barnomsorg	<input type="checkbox"/> Övrig socialtjänst
--	---	-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------	---

SÖKANDES UNDERSKRIFT

Datum och ort	
Underskrift	Namnförtydligande

UPPGIFTER OM VÅRDNADSHAVARE, GOD MAN, FÖRVALTARE ELLER FULLMAKTHAVARE

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer (dagtid)

VÅRDNADSHAVARE 2

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer (dagtid)

**UNDERSKRIFT AV VÅRDNADSHAVARE (vid gemensam vårdnad måste båda skriva under),
GODMAN, FÖRVALTARE ELLER FULLMAKTSINNEHAVARE**

Datum och ort	
Underskrift	Namnförtydligande

Datum och ort	
Underskrift	Namnförtydligande

Hantering av dina personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar till Vingåkers kommun kommer att hanteras enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR). För mer information se kommunens hemsida

<https://www.vingaker.se/organisation-politik/kommunfakta/sa-hanterar-vi-dina-personuppgifter/>

Ansökan skickas till:
Vingåkers kommun
Socialförvaltningen
643 80 Vingåker