

Beskriv ditt behov av stöd och service

Skriv ner ditt behov av stöd.

Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan

Till exempel från hälso- och sjukvård, socialförvaltningen, skola/barnomsorg, annan kommun, Arbetsförmedlingen eller Försäkringskassan

Ja

Nej

Om ja, var

Bifogar

Jag bifogar:

Intyg/utlåtande hälso- och sjukvården

Annat intyg /utlåtande

Jag ansöker om följande insats/insatser enligt LSS

9.1 Ansökan om Råd och Stöd görs hos Region Kronoberg

9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats

9.3 Ledsagarservice

9.4 Biträde av kontaktperson

9.5 Avlösarservice i hemmet

9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år

9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar

9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad

9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2)

§ 10 Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS insats)

§ 16 Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser
(gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Älmhults kommun)"

Underskrift

Enskild

Förvaltare

God man

Ombud enligt fullmakt

Vårdnadshavare

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Underskrift

Underskrift

För mer information hänvisar jag till

Titel

Namn

Telefonnummer

Mobilnummer

E-post

Information om personuppgiftsbehandling

För att kunna behandla din ansökan/anmälan kommer vi att registrera den och dina personuppgifter i vårt ärendesystem. Du har enligt Dataskyddsförordningen rätt att ta del av de uppgifter som gäller dig själv i vårt register och även rätt att begära rättelse av dessa.

För att läsa mer om GDPR (Dataskyddsförordningen) gå in på www.almhult.se

Personuppgiftsansvarig är socialnämnden.

Skriftliga uppgifter skickas till

Älmhults kommun
Socialförvaltningen
LSS/SoL-handläggare
Box 500
343 23 Älmhult

Samtycke

Med anledning av din ansökan kan LSS/SoL-handläggaren behöva ha kontakt med utomstående yrkeskategorier som du har kontakt med. För att få inhämta nödvändiga uppgifter till utredningen krävs ditt samtycke till att dessa kontakter tas. Här kan du lämna samtycke till att nedanstående kontakter får tas av LSS/SoL-handläggaren.

Härmed lämnar jag skriftligt samtycke till att nedanstående kontakter får tas av LSS/SoL-handläggaren:

Anhöriga	Namn
Försäkringskassan	Vilken
Socialförvaltningen	Vilken
Barn- och ungdomshabiliteringen	Vilken
Vuxenhabiliteringen	Vilken
Vårdcentral	Vilken
Berörd vårdavdelning på sjukhuset	Vilken
Skola	Vilken
Förskola	Vilken
Arbetsplats eller annan sysselsättning	Vilken
Arbetsförmedlingen	Vilken
Övrigt	Vad

Underskrift

Namn	Personnummer
Ort	Datum
Underskrift	