



## BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT LAGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE (LSS)

Datum

### Sökande

|            |               |
|------------|---------------|
| Namn       | Personnummer  |
| Gatuadress | Telefonnummer |
| Postnummer | Ort           |
| E-post     |               |

### Behov av tolk

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

### Företrädare för den sökande

|                                                                                                                                                                                                                   |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Enskild, ansöker själv<br><input type="checkbox"/> Förälder<br><input type="checkbox"/> God man<br><input type="checkbox"/> Förvaltare<br><input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt |               |
| Namn                                                                                                                                                                                                              | Namn          |
| Gatuadress                                                                                                                                                                                                        | Gatuadress    |
| Postadress                                                                                                                                                                                                        | Postadress    |
| Telefonnummer                                                                                                                                                                                                     | Telefonnummer |
| Personnummer                                                                                                                                                                                                      | Personnummer  |
| E-post                                                                                                                                                                                                            | E-post        |

Är du över 18 år ansöker du själv om insatser eller med hjälp av legal företrädare eller genom fullmakt. Bifoga förordnandet av legal företrädare eller fullmakt digitalt eller via post.

### Funktionsnedsättning (eventuell diagnos)

|  |
|--|
|  |
|--|

## 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 |                              |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Nej |
| Om ja, var                                                                                                                             |                              |

## Bifogar

|              |                                       |                        |
|--------------|---------------------------------------|------------------------|
| Jag bifogar: | Intyg/utlåtande hälso- och sjukvården | Annat intyg /utlåtande |
|--------------|---------------------------------------|------------------------|

## Jag ansöker om följande insats/insatser enligt LSS

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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 skolungdom 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 om rätt till ovan sökta insatser (gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Älmhults kommun)" |

## Underskrift

|                                                |                   |
|------------------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Enskild               |                   |
| <input type="checkbox"/> Förvaltare            |                   |
| <input type="checkbox"/> God man               |                   |
| <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt |                   |
| <input type="checkbox"/> 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](http://www.almhult.se)

**Personuppgiftsansvarig är socialnämnden.**

**Skriftliga uppgifter skickas till**

Älmhults kommun  
Socialförvaltningen  
LSS-handläggare  
Box 500  
343 23 Älmhult

## Samtycke

Med anledning av din ansökan kan LSS-handläggare 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-handläggare.

Härmed lämnar jag skriftligt samtycke till att nedanstående kontakter får tas av LSS-handläggare:

|                                        |        |
|----------------------------------------|--------|
| 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 |              |