



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

Sökande

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer

Enligt 9 § LSS ansökes om (sätt kryss för de/den insatser som du behöver)

<input type="checkbox"/> 9.2 Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans
<input type="checkbox"/> 9.3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9.4 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 barn över 12 år
<input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
<input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet

Enligt 10 § LSS ansökes om

<input type="checkbox"/> 10 Individuell plan
--

Beskriv ditt funktionshinder och ditt behov av stöd och service

(Fortsättning från föregående sida)

Upplysning av lämnade uppgifter

Lämnade uppgifter kommer att behandlas i enlighet med personuppgiftslagen (PUL) och överförs till socialförvaltningens personregister (verksamhetssystem).

Medgivande

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården, habiliteringen, skolan och/eller socialtjänsten

Ja

Nej

Underskrift (sätt kryss i lämplig ruta)

Sökande Vårdnadshavare God Man/Förvaltare Fullmaktsinnehavare

Datum	Namn-teckning
	Namn-förtydligande
Datum	Namn-teckning
	Namn-förtydligande

Ansökan skickas till:

LSS-handläggare
Tingsryds kommun
Box 99
362 22 Tingsryd

Vid eventuella förfrågningar om ansökan är ni välkomna att kontakta LSS-handläggarna i Tingsryds kommun, tfn: 0477-442 97, 443 33