

Uppgifter om dig som begär insatser enligt LSS

Namn (För- och efternamn)	Personnummer (12 siffror)
Adress	Postnummer
Ort	Telefonnummer
Epost	Mobilnummer

Behov av tolk?

- Ja
 Nej

Om ja, vilket språk?

Jag har uppehållstillstånd

- Ja
 Nej

Vilken eller vilka insatser vill du begära?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistans, 9 § 2 | <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn, 9 § 7 (för skolungdom över 12 år) |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice, 9 § 3 | <input type="checkbox"/> Boende barn och ungdom, 9 § 8 |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson 9 § 4 | <input type="checkbox"/> Boende vuxna, 9 § 9 |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, 9 § 5 | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet, 9 § 10 |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, 9 § 6 | |

Den här frågan gäller bara om du redan har LSS-insatser

Vill du att vi gör en individuell plan, just för dig? (enligt 10 § LSS)

- Ja
 Nej

Beskriv din funktionsnedsättning och varför du söker insatser

Vem är du som gör denna begäran?

(Är du 15 år eller äldre har du rätt att själv begära insatser)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Den begäran avser | <input type="checkbox"/> Förvaltare |
| <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare |

Namn (För- och efternamn)	Namn (För- och efternamn)
Adress	Adress
Telefon	Telefon
Epost	Epost

Om du har läkarintyg, psykologutredning, funktionsbedömning, utredning från Försäkringskassan eller liknande handlingar, skicka då med en kopia av dessa med denna begäran.

- Bifogar bilaga

Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)

För att vi ska kunna behandla din begäran kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Kryssa i vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassa | <input type="checkbox"/> Övrig socialtjänst |
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen | <input type="checkbox"/> Skola |
| <input type="checkbox"/> Sjukvården | <input type="checkbox"/> Barnomsorg |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringen | |

Underskrift

Sökandens underskrift	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

Om vårdnadshavare med gemensam vårdnad begär insatser för minderårigt barn ska begäran vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

Information om behandling av personuppgifter

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av din ansökan.

Blanketten skickas till

Socialförvaltningen
Postadress: Box 356
581 03 LINKÖPING