

**ANSÖKAN OM**

Särskilda insatser enligt LSS

**Blanketten skickas till:**

Socialkontoret  
 Box 79  
 595 03 BOXHOLM

**Personuppgifter**

|                       |              |               |
|-----------------------|--------------|---------------|
| Förnamn och efternamn |              | Personnummer  |
| Adress                |              | Telefonnummer |
| Postnummer och ort    | E-postadress |               |

**Språk**

|   |        |
|---|--------|
| Behov av tolk: <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEJ</b> <input type="checkbox"/> | Språk: |
|---|--------|

**Insatser (kryssa för de insatser som ansökan gäller)**

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistent, enligt 9 § 2 LSS<br><input type="checkbox"/> Ledsagarservice, enligt 9 § 3 LSS<br><input type="checkbox"/> Kontaktperson, enligt 9 § 4 LSS<br><input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, enligt 9 § 5 LSS<br><input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, enligt 9 § 6 LSS<br><input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, enligt 9 § 7 LSS<br><input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom, enligt 9 § 8 LSS<br><input type="checkbox"/> Bostad med särskilt service för vuxna, enligt 9 § 9 LSS<br><input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder som inte studerar, enligt 9 § 10 LSS |
|---|

**Beskrivning**

Funktionshinder/diagnos (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien, verbalt stöd)

Praktisk situation (hur vardagen fungerar och ser ut)

**God man/förvaltare**

|  |
|--|
| Har du god man/förvaltare <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEJ</b> <input type="checkbox"/> |
| Om ja, ange namn och bifoga registerutdrag på ställföreträderskap med ansökan:                   |

**För smidigare handläggning**

|  |
|--|
| Bifoga relevanta intyg såsom läkarintyg/psykologbedömning/ADL-bedömning samt eventuella fullmakter som skall vara undertecknade av den sökande |
|--|

**Den sökande är**

|  |                                   |                                      |  |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| Den enskilde: <input type="checkbox"/> | God man: <input type="checkbox"/> | Förvaltare: <input type="checkbox"/> | Vårdnadshavare: <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------------|--------------------------------------|--|

**Sökandes underskrift och datum för ansökan**

|              |       |
|--------------|-------|
| Namnteckning | Datum |
|--------------|-------|

**Behjälplig vid upprättandet**

|                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| Namnteckning       | Namnförtydligande |
| Adress             | Telefon           |
| Postnummer och ort |                   |
| E-postadress       |                   |

**Medgivande**

|  |
|--|
| Jag godkänner att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten. |
| JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>   |