

Insatsansökan enligt LSS

* Obligatoriska fält

0 Introduktion

0.1 PUL*

Jag godkänner att mina uppgifter kommer att behandlas i
enlighet med reglerna i personuppgiftslagen

1 Sökande / Personuppgifter

1.1 Personnummer*

1.2 Förnamn*

1.3 Efternamn*

1.4 Utdelningsadress*

1.5 Postnummer*

1.6 Ort*

1.7 Mejladress*

1.8 Telefon*

1.9 Mobil

1.10

Företrädare för den sökande

1.11 Företrädaren är (Du kan endast välja ett alternativ)

Vårdnadshavare

God man

Förvaltare

Fullmaktsinnehavare

Har ingen företrädare (ansöker för mig själv)



2 Sökande

2.1 Godkänd kopia av intyg för fullmaktshavare, god man eller förvaltare*

Jag bekräftar att handlingen/handlingarna bifogas ärendet

2.2

Sökande (den funktionshindrade)

2.3 Personnummer*

2.4 Förnamn*

2.5 Efternamn*

2.6 Utdelningsadress*

2.7 Postnummer*

2.8 Ort*

2.9 Mejladress*

2.10 Telefon*

2.11 Mobil



3 Sökande (den funktionshindrade)

3.1 Personnummer*
3.2 Förnamn*
3.3 Efternamn*
3.4 Utdelningsadress*
3.5 Postnummer*
3.6 Ort*
3.7 Mejladress*
3.8 Telefon*
3.9 Mobil



4 Ansökan avser följande enligt LSS

4.1 Jag söker för första gången* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.2 Insats/insatser*

Biträde av personlig assistent enligt § 9:2

Ledsagarservice enligt § 9:3

Kontaktperson enligt § 9:4

Avlösarservice i hemmet enligt § 9:5

Korttidsvistelse utanför eget hem enligt § 9:6

Korttidstillsyn för skolgång över 13 år enligt § 9:7

Bostad med särskild service för barn och ungdom enligt § 9:8

Bostad med särskild service för vuxna enligt § 9:9

Daglig verksamhet enligt § 9.10

Ansökan avser förhandsbesked enligt § 16 LSS inflyttning till Lidingö stad

Begäran om Individuell plan (IP) enligt § 10 LSS (kan endast begäras om LSS insats/insatser är beviljade)

4.3

Beskrivning

4.4 Beskrivning av sökandes funktionshinder, behov av hjälp och eventuellt övriga upplysningar*

4.5 Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får inhämtas från försäkringskassa, hälso- och sjukvård, skola och övrig socialtjänst.* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift



Anvisningar för blankett

Introduktion

LSS betyder Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade

Uppgifter som du behöver ha innan du börjar fylla i detta formulär är:

- Kontaktuppgifter på fullmaktsinnehavare, god man etc
- Kopia på fullmakten (om fullmaktsinnehavare finns)

För vissa av insatserna gäller följande åldersgränser:

- Biträdande av personlig assistent (söktes före 65 års ålder)
- Korttidstillsyn för skolungdom över 13 år (gäller till och med det år som personen slutar gymnasiet, dock längst till 21 år)
- Bostad med särskild service för barn och ungdom (till och med 21 år)
- Barn från 15 år skall höras vid ansökan

Om du väljer att fylla i en papperskopia och skriva under ska den skickas till:

Lidingö stad

Omsorgs- och socialförvaltningen

181 82 Lidingö

Anvisningar för fält

0.1 PUL

Beskrivning

Jag godkänner att mina uppgifter kommer att behandlas i enlighet med reglerna i personuppgiftslagen

1 Sökande / Personuppgifter

1.11 Företrädaren är

Beskrivning

Vårdnadshavare

God man

Förvaltare



Fullmaktsinnehavare

Har ingen företrädare (ansöker för mig själv)

2 Sökande

3 Sökande (den funktionshindrade)

4 Ansökan avser följande enligt LSS

Anvisningar för fält

4.1 Jag söker för första gången

Beskrivning

Ja

Nej

4.2 Insats/insatser

Beskrivning

Biträde av personlig assistent enligt § 9:2

Skall kunna ansökas innan man fyllt 65 år

Ledsagarservice enligt § 9:3

Kontaktperson enligt § 9:4

Avlösarservice i hemmet enligt § 9:5

Korttidsvistelse utanför eget hem enligt § 9:6

Ej åldersbegränsat

Korttidstillsyn för skolungdom över 13 år enligt § 9:7

Vid åldrar 13-21 år

Bostad med särskild service för barn och ungdom enligt § 9:8

Skall kunna ansökas upp till 21 år

Bostad med särskild service för vuxna enligt § 9:9

Skall kunna ansökas från 18 år

Daglig verksamhet enligt § 9.10

Skall kunna ansökas från 16 år



Ansökan avser förhandsbesked enligt § 16 LSS
inflyttning till Lidingö stad

Begäran om Individuell plan (IP) enligt § 10 LSS
(kan endast begäras om LSS insats/insatser är
beviljade)

4.5 Den sökande godkänner att utredning **Beskrivning**
får göras samt att erforderligt underlag
för detta beslut får inhämtas från
försäkringskassa, hälso- och sjukvård,
skola och övrig socialtjänst.

Ja

Nej

5 Sammanfattningssida

6 Sign

7 Tacksida