**Begäran om insats enligt LSS**

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)  
  
*Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras i arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).*

**Personuppgifter, för den som är i behov av insats.**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och förnamn | Personnummer |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort) | Telefon (även riktnummer) |
| Vårdnadshavare, om sökande är under 18 år. | E-post |

Den som fyllt 15 år kan själv ansöka om insats i enlighet med 8 § LSS. När föräldrar som har gemensam vårdnad ansöker om insats för ett barn under 18 år krävs det att ansökan är underskriven av båda föräldrarna (6 kap. 1 och 13 §§ föräldrabalken).

**Ansökan gäller förhandsbesked enligt 16 § LSS**. (Gäller för personer som

har som avsikt att flytta till Hofors kommun).

**Anledning till begärd insats.**

|  |
| --- |
| **Beskriv funktionsnedsättning:**    **Beskriv hjälpbehov:** |

**Insats/insatser enligt § 9 LSS som begärs.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 9 § 2 Personlig assistans eller ekonomiskt stöd för skäliga kostnader för sådan |
|  | 9 § 3 Ledsagarservice |
|  | 9 § 4 Biträde av kontaktperson |
|  | 9 § 5 Avlösarservice i hemmet |
|  | 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
|  | 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år |
|  | 9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdom |
|  | 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad |
|  | 9 § 10 Daglig verksamhet |

**Samtycke.**

|  |
| --- |
| Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag får inhämtas från:  Sjukvård Socialtjänst Försäkringskassa Skola/barnomsorg Tidigare kommun  Ja Nej Ja  Nej Ja Nej  Ja  Nej Ja  Nej  Annan:       Ja  Nej |

**Behjälplig med begäran.**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och förnamn | Telefon (även riktnummer) |
| Adress | Postnummer |

**Underskrift**

|  |
| --- |
| Ort och datum Sökandens underskrift  Den enskilde  Vårdnadshavare  God man  Förvaltare  Fullmakts  innehavare       \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_       \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Blanketten skickas till:** Biståndsenheten  
 Hofors Kommun  
 Granvägen 8  
 813 81 Hofors  
 Fax: 0290-460 51