



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:



Hofors Kommun

SOCIALNÄMNDEN

Insats/insatser enligt § 9 LSS som begärs.

<input type="checkbox"/>	9 § 2 Personlig assistans eller ekonomiskt stöd för skäligen kostnader för sådan
<input type="checkbox"/>	9 § 3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/>	9 § 4 Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/>	9 § 5 Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 7 Korttidsutlysning för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdom
<input type="checkbox"/>	9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Annat:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Behjälplig med begäran.

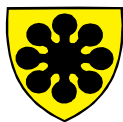
Efternamn och förnamn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer

Underskrift

Ort och datum	Sökandens underskrift
Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Fullmakts innehavare
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Blanketten skickas till:

Biståndsenheten
Hofors Kommun
Granvägen 8



Hofors Kommun

SOCIALNÄMNDEN

813 81 Hofors
Fax: 0290-460 51