



## Ansökan om insatser enligt LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

### Datum för ansökan

\_\_\_\_\_

### Ansökan avser

Sökandes efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Adress	Hemtelefon
Postadress	Mobiltelefon

8 § *Insatser enligt denna lag skall ges den enskilde endast om han begär det. Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavaren, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatsen för honom.*

### Sökande

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavaren	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	--	----------------------------------	-------------------------------------

### Behjälplig vid upprättande av ansökan

Efternamn och tilltalsnamn	Hemtelefon
Adress	Mobiltelefon

### Beskrivning av funktionshinder

--

### Stödbehov

--

**Jag ansöker om följande insatser:**

<input type="checkbox"/>	9 § 1 Råd och Stöd
<input type="checkbox"/>	9 § 2 Personlig assistans
<input type="checkbox"/>	9 § 3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/>	9 § 4 Kontaktperson
<input type="checkbox"/>	9 § 5 Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/>	9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/>	9 § 10 Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/>	10 § Individuell plan
<input type="checkbox"/>	16 § Förhandsbesked

***Bifoga underlag som styrker diagnos och/eller medicinskt funktionshinder tillsammans med ansökan***

Jag medger att uppgifter för bedömning av denna ansökan vid behov får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården/habilitering, övrig socialtjänst, skola och arbetsförmedling.

Ja                       Nej

Datum	Sökandens underskrift	Datum	Behjälpligs underskrift
-------	-----------------------	-------	-------------------------

**OBS!**

Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år, skall ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Datum	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------	-------	-----------------------------

*Vid ansökan kommer sökandens persondata att registreras i Socialförvaltningens register.*

dokument3

Postadress:  
Socialförvaltningen  
842 80 SVEG

Telefon:  
0680-161 00 vx

Hemsida:  
www.herjedalen.se

Bankgiro:  
251-5294