



Ansökan om stöd enligt LSS

När du gör ansökan innebär det att uppgifterna kommer att registreras. Uppgifterna behandlas enligt de regler som finns i personuppgiftslagen (PUL), eller med stöd av speciallagstiftning.

Personuppgifter

| | |
|----------|----------------|
| Namn | |
| Personnr | |
| Adress | Postnr och ort |
| Telefon | E-post |

Jag ansöker om

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistens |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Ledsagarservice |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för barn och unga |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Dagligverksamhet |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan |
| Kort beskrivning över vad du vill ha hjälp med |

Aktuell situation (beskriv funktionshinder, hjälpbehov med mera, var specifik)

| |
|--|
| |
|--|

Här med medger jag att nödvändiga uppgifter för bedömning av får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten

Ja Nej

Underskrift

| | |
|---|-------------------|
| Ort och datum | |
| Namnteckning | Namnförtydligande |
| Om annan än den ansökan gäller skriver under uppge relation till den sökande. | |