**Ansökan skickas till:**

Torsås kommun

Socialförvaltningen

Box 503

385 25 Torsås

|  |  |
| --- | --- |
| **Sökande** |  |
| **Namn (för- och efternamn)** | **Personnummer** |
| Namn | Personnummer |
| **Adress** | **Postadress** |
| Adress | Postadress |
| **Telefon** |  |
| Telefon |  |

|  |
| --- |
| **Företrädare för den sökande** (bifoga registerutdrag gällande god man/förvaltarskap) |
| [ ]  Vårdnadshavare | [ ]  God man | [ ]  Förmyndare | [ ]  Förvaltare |
| **Namn** |
| Namn |
| **Adress** | **Postadress** |
| Adress | Postadress |
| **Telefon** | **E-post** |
| Telefon | E-post |

|  |
| --- |
| **Jag ansöker om** |
| [ ]  9 § 2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för assistans[ ]  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 tolv år i anslutning till skoldagen samt under lov[ ]  9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar[ ]  9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna[ ]  9 § 10 Daglig verksamhet |

|  |
| --- |
| **Funktionsnedsättning kort beskrivning (bifoga aktuellt läkarintyg eller psykologutlåtande)** |
| Beskriv din funktionsnedsättning |

|  |
| --- |
| **Övriga upplysningar** |
| Övriga upplysningar |

**Samtycke**

|  |
| --- |
| Jag samtycker till att informationen rörande denna ansökan får utbytas mellan följande parter (t.ex. föräldrar, närstående eller annan viktig person) |
| [ ]  Ja | [ ]  Nej |  |
| Parter |

**Medgivande**

|  |
| --- |
| Jag medger att uppgifter för bedömning av ansökan vid behov får inhämtas från Försäkringskassan, Landstinget, Socialtjänst, Omsorgsförvaltning, Arbetsförmedling, Barn- och utbildningsförvaltningen och Överförmyndarnämnden (bifoga kopia på registerutdrag om ställföreträdarskap) |
| [ ]  Ja | [ ]  Nej |  |

**Sökandes underskrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Underskrift** | **Namnförtydligande** |
| Datum |  | Namnförtydligande |

**Legal ställföreträdares underskrift**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Underskrift** | **Namnförtydligande** |
| Datum |  | Namnförtydligande |

Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år ska ansökan vara underskriven av båda föräldrarna.

**Underskrift vårdnadshavare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Underskrift** | **Namnförtydligande** |
| Datum |  | Namnförtydligande |
| **Telefonnummer** | **Adress** | **Postnummer och ort** |
| Telefonnummer | Adress | Postnummer och ort |

**Underskrift vårdnadshavare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Underskrift** | **Namnförtydligande** |
| Datum |  | Namnförtydligande |
| **Telefonnummer** | **Adress** | **Postnummer och ort** |
| Telefonnummer | Adress | Postnummer och ort |

***Information om behandling av personuppgifter (GDPR)***

*I och med att ni ansöker om särskilda insatser enligt LSS hos oss kommer Dina inlämnade personuppgifter att förtecknas i ett databaserat register hos Torsås kommun. Uppgifterna kommer att sparas hos oss för vårt uppföljningsarbete och kan komma att användas i förnyad kontakt. Vi hanterar personuppgifter utifrån Dataskyddsförordningens regler. Information om våra personuppgiftsregister hittar du på www.torsas.se/gdpr.*