Ansökan om insats enligt LSS

# Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

**Ansökan skickas till:** Torsås kommun Socialförvaltningen Box 503

# 385 25 Torsås

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

**Företrädare för den sökande** (bifoga registerutdrag gällande god man/förvaltarskap)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Vårdnadshavare | * God man | * Förmyndare | * Förvaltare |
| **Namn** | | | |
| **Adress** | | **Postadress** | |
| **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)**

**Övriga upplysningar**

**Samtycke i samband med ansökan**

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

**Medgivande**

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

**Samtycke efter utredningen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jag samtycker att information får utbytas mellan verkställigheten och biståndshandläggarna. | | |
| * Ja | * Nej |  |

**Sökandes underskrift**

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

**Legal ställföreträdares underskrift**

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

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

**Underskrift vårdnadshavare**

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

**Underskrift vårdnadshavare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Underskrift** | **Namnförtydligande** |
| **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.](http://www.torsas.se/gdpr)