



ANSÖKAN

om insats enligt LSS

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

Sänds till:

Östhammars kommun

Box 36

742 21 ÖSTHAMMAR

Datum

Sökanden

Namn: Personnummer:
Adress: Telefonnummer:
Postadress: Ev. mobilnr:

Anledning till ansökan

Beskrivning av funktionsnedsättning, om möjligt, diagnos/diagnoser (skicka med aktuellt läkarintyg som styrker funktionsnedsättningen).

Information

Insamlade uppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om rätt till begärda insatser. Uppgifterna behandlas i datamedia. Berörd personal kan komma att behöva ta del av de delar i utredningen som berör aktuell situation och behovsbedömning.

Medgivande

I samband med min underskrift, medger jag att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Barn/Ungdom/Vuxenhabiliteringen, Skolan och Socialtjänsten får inhämtas av LSS-handläggare i Östhammars kommun.

Jag ansöker om:

- Personlig assistent, omfattning
- Ledsagarservice, omfattning
- Kontaktperson, omfattning
- Avlösarservice, omfattning
- Daglig verksamhet

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet:

- Korttidshem, omfattning
- Stödfamilj, omfattning
- Lägervistelse, period
- Korttidstillsyn (för skolungdomar över 12 år), omfattning

Boende barn och ungdom:

- Boende i familjehem eller bostad med särskild service
- Elevhem

Boende vuxna:

- Bostad med särskild service för vuxna

Individuell plan enligt 10 § LSS:

- Ja, jag vill att en plan upprättas
- Nej, jag vill inte upprätta en plan
- Jag önskar mer information

Underskrift av sökande.....
Datum

Namnteckning

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

- God man
- Förvaltare
- Vårdnadshavare

Namn: Namn:

Adress: Adress:

Telefon: Telefon:

.....
Underskrift

Underskrift

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