



Ansökan

Datum:

Särskilda insatser enligt
LSS, Lagen om stöd och
service till vissa
funktionshindrade

Ansökan sänds till:

LSS Stöd och service

Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad

374 81 Karlshamn

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t.ex. tillfällig utökning, förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur vardagen fungerar)

Sätt kryss för den eller de insatser som begärs

- | |
|--|
| ☐ Jag/Vi vill först rådgöra med handläggare angående lämplig insats innan begäran om specifik insats. |
| ☐ § 9.2 Biträde av personlig assistent |
| ☐ § 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 12 år |
| ☐ § 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom |
| ☐ § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna |
| ☐ § 9.10 Daglig verksamhet |
| ☐ Personligt utformat stöd enligt 4 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen.
Sysselsättning för personkrets 3 enligt 4 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen.
Internatboende enligt 4 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen. |

Begäran/övrigt

- | |
|--|
| ☐ Individuell plan (gäller först när du har blivit beviljad LSS-insats) |
| ☐ Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser. (Gäller sökande från annan kommun) |
| Begäran om omkostnadsersättning vid ledsagarservice, max 400 kronor per månad |

Vi hanterar dina uppgifter enligt sekretesslagstiftningen och dataskyddsförordningen

När vi handlägger ditt ärende behandlas dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (även kallad GDPR) och annan gällande integritetslagstiftning. Du har enligt dataskyddsförordningen rätt att få information när dina personuppgifter behandlas.

Läs mer på www.karlshamn.se

Medgivande: För att kunna göra en rättssäker bedömning behöver vi i vissa fall inhämta uppgifter från exempelvis sjukvård, försäkringskassa, habiliteringen, skolan eller socialtjänsten.

- ☐ JA, jag medger att uppgifterna får inhämtas ☐ NEJ, uppgifterna får inte inhämtas

Ansökan lämnad av:

Sökandes namnunderskrift	Datum
--------------------------	-------

Namn (om annan än sökande: Vårdnadshavare, båda två/ God man/ Förvaltare):

Namnunderskrift	Datum	Telefonnummer
Namnunderskrift	Datum	Telefonnummer

Återtagande av sökt insats:

☐ Jag vill återta min ansökan om insats	Datum
--	-------