

# Ansökan om särskilda insatser enligt LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

**Ansökan skickas till:**

LSS Stöd och service  
Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad  
Karlshamns kommun  
374 81 Karlshamn

**Ansökan datum:** \_\_\_\_\_**Personuppgifter**

|        |              |
|--------|--------------|
| Namn   | Personnummer |
| Adress | Telefon      |

**Beskrivning**

|                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Funktionshinder</b> (kort beskrivning)                                         |
| <b>Behov av hjälp</b> (t.ex. tillfällig utökning, förflyttning, personlig hygien) |
| <b>Praktisk situation</b> (hur vardagen fungerar)                                 |



### Sätt kryss för den eller de insatser som begärs

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jag/vi vill först rådgöra med handläggare om lämplig insats innan begäran om specifik insats. |
| <input type="checkbox"/> § 9.2 Biträde av personlig assistent                                                          |
| <input type="checkbox"/> § 9.3 Ledsagarservice                                                                         |
| <input type="checkbox"/> § 9.4 Biträde av kontaktperson                                                                |
| <input type="checkbox"/> § 9.5 Avlösarservice i hemmet                                                                 |
| <input type="checkbox"/> § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet                                                |
| <input type="checkbox"/> § 9.7 Korttidsstillsyn för skolgång över 12 år                                                |
| <input type="checkbox"/> § 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom               |
| <input type="checkbox"/> § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna    |
| <input type="checkbox"/> § 9.10 Daglig verksamhet                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Personligt utformat stöd enligt 11 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen.                            |
| <input type="checkbox"/> Sysselsättning för personkrets 3 enligt 11 kap. 1§ SoL,                                       |
| <input type="checkbox"/> Socialtjänstlagen. Internatboende enligt 11 kap. 1§ SoL,                                      |

### Socialtjänstlagen Begäran övrigt

|                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Individuell plan (gäller först när du har blivit beviljad LSS-insats).              |
| <input type="checkbox"/> Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser (gäller sökande från annan kommun). |
| <input type="checkbox"/> Begäran om omkostnadsersättning vid ledsagarservice, max 400 kronor per månad.      |

Vi hanterar dina personuppgifter enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Förvaltningen för omsorg och arbetsmarknad behöver behandla personuppgifter om dig för att kunna handlägga ditt ärende. Den rättsliga grunden är myndighetsutövning eller uppgift av allmänt intresse. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig eller utöva dina rättigheter enligt GDPR. Omsorgs- och arbetsmarknadsnämnden är personuppgiftsansvarig. Läs mer om hur vi behandlar personuppgifter på [www.karlshamn.se/personuppgifter](http://www.karlshamn.se/personuppgifter).

Medgivande för att kunna göra en rättssäker bedömning behöver vi i vissa fall inhämta uppgifter från exempelvis sjukvård, försäkringskassa, habiliteringen, skola eller socialtjänst.

☐ 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

|                                                                |       |
|----------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Jag vill återta min ansökan om insats | Datum |
|----------------------------------------------------------------|-------|