

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**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 om lämplig insats innan begäran om specifik insats.
☐ § 9.2 Biträde av personlig assistent ☐ § 9.3 Ledsagarservice ☐ § 9.4 Biträde av kontaktperson ☐ § 9.5 Avlösarservice ☐ § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet ☐ § 9.7 Korttidsstillsyn för skolorngdom 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 11 kap. 1§ SoL Socialtjänstlagen. ☐ Sysselsättning för personkrets 3 enligt 11 kap. 1§ SoL Socialtjänstlagen ☐ Internatboende enligt 11 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 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.

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

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