



## Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Du behöver bifoga läkarintyg eller andra intyg som är relevanta, till exempel utlåtanden eller andra bedömningar, så att en bedömning av personkrets kan göras.

Behöver du tolk vid fortsatt kontakt med handläggare? Do you need a interpreter?

- Ja, vilket språk – wich language  
 Nej

### Sökandens personuppgifter

För- och efternamn	Personnummer (12 siffror)
Gatuadress	Postnummer, ort
Telefonnummer	E-postadress

### Ansökan avser

#### Förhandsbesked

Sätt ett kryss i rutan om du begär förhandsbesked enligt § 16 (gäller för dig som bor i en annan kommun och planerar att flytta till Askersund). Tänk på att du bara kan söka om förhandsbesked i en kommun åt gången.

- Jag begär förhandsbesked enligt 16 § LSS

#### Tillfällig utökning

Sätt ett kryss i rutan om du begär tillfällig utökning enligt 9 § LSS. Tänk på att du bara kan söka om utökning om du är beviljas någon insats enligt 9 1 LSS.

- Jag vill ansöka om tillfällig utökning av följande insatser
- Personlig assistans – utökning med:
- Ledsagarservice – utökning med:
- Kontaktperson – utökning med:
- Avlösarservice – utökning med:
- Korttidsvistelse – utökning med:
- Korttidstillsyn – utökning med:
- Bostad med särskild service – utökning med:
- Daglig verksamhet – utökning med:

#### Insats/insatser enligt LSS

Sätt ett kryss bredvid den/de insatser du vill ansöka om.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Personlig assistans         | <input type="checkbox"/> Ledsagarservice   |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson               | <input type="checkbox"/> Avlösarservice    |
| <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse            | <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn   |
| <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service | <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet |



**Underskrift**

Jag försäkrar att dessa uppgifter som jag har lämnat under ansökan/utredningen är korrekta och fullständiga.

**Sökande**

Ort och datum	Namnförtydligande
Namnteckning	

**Vårdnadshavare/företrädare**

Ort och datum	Namnförtydligande
Namnteckning	

**Vårdnadshavare/företrädare**

Ort och datum	Namnförtydligande
Namnteckning	

**Ansökan skickas till**

Askersunds kommun  
Socialförvaltningen  
LSS-handläggare  
696 82 Askersund