

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

Glöm inte att du behöver bifoga läkarintyg eller andra intyg som är relevanta, till exempel utlåtanden eller andra bedömningar för att vi ska kunna göra en bedömning om du tillhör någon personkrets.

### 1. Sökandes personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

### 2. Förhandsbesked

Sätt i 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.

### 3. Tillfällig utökning

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

Jag vill ansöka om tillfällig utökning av följande insatser

#### 4. Jag ansöker om följande insats/insatser enligt LSS

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

PERSONLIG ASSISTANS

LEDSAGARSERVICE

KONTAKTPERSON

AVLÖSARSERVICE

KORTTIDSVISTELSE

KORTTIDSTILLSYN

BOSTAD MED SÄRSKILD  
SERVICE

DAGLIG VERKSAMHET

#### 5. Varför ansöker du om stöd och hjälp?

*Beskriv din funktionsnedsättning och ditt behov av stöd och hjälp*

**6. Behöver du tolk?***Do you need a interpreter?*JA NEJ **Om ja, vilket språk?** \_\_\_\_\_*Which language?***7. Vill du att vi ska kontakta någon annan än dig?***Ange kontaktuppgifter till den person som du vill att vi ska inhämta information från samt lämna information till. Lämna fälten tomma om du vill att vi kontaktar dig direkt.*
 Vårdnadshavare
  God man/förvaltare
  Ombud enligt fullmakt
  Annan person

Förnamn och efternamn		
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

Förnamn och efternamn		
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

## 8. Uppgifter från andra – Begäran av samtycke

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta in andra uppgifter från andra myndigheter. Detta görs endast om du samtycker till det. Genom att kryssa i en rutan/rutorna nedan samtycker du till att ansvarig handläggare får hämta in uppgifter.

- Arbetsförmedlingen
- Arbetsplats eller annan sysselsättning
- Vårdcentral eller sjukhus
- Försäkringskassan
- Annan socialtjänst

## 9. Underskrift

Jag försäkrar att dessa uppgifter som jag har lämnat under ansökan/utredningen är korrekta och fullständiga. Glöm inte att bifoga läkarintyg, utlåtande eller annan bedömning.

### Sökande

Ort och datum	Namnförtydligande
<b>Namnteckning</b>	

### Vårdnadshavare/företrädare

Ort och datum	Namnförtydligande
<b>Namnteckning</b>	

### Vårdnadshavare/företrädare

Ort och datum	Namnförtydligande
<b>Namnteckning</b>	

### Ansökningsblankett skickas till:

Askersunds kommun  
Socialförvaltningen  
LSS-handläggare  
696 82 Askersund