

## Ansökan om insatser enligt 9 § LSS

LSS - Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Den som har fyllt 15 år kan själv ansöka om insats i enlighet med 8 § LSS. För föräldrar som har gemensam vårdnad och ansöker om insats för ett barn under 18 år krävs att ansökan är underskriven av båda föräldrarna. (6 kap. 1 och 13 §§ föräldrabalken).

### Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	e-post	

### Kryssa för den insats du vill ansöka om

- 9 § 2 LSS Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans
- 9 § 3 LSS Ledsagarservice
- 9 § 4 LSS Kontaktperson
- 9 § 5 LSS Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 LSS Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 LSS Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov
- 9 § 8 LSS Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar som behöver bo utanför föräldrahemmet
- 9 § 9 LSS Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9 § 10 LSS Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder
- 16 § LSS Förhandsbesked

### Beskriv din funktionsnedsättning

### Beskriv ditt/dina hjälpbehov

## Insatser från annan myndighet

Har du pågående eller ansökta insatser från <b>Försäkringskassan</b> ?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, vilken insats:

## Annat språk än svenska

Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk:
---	--------

## Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja, fyll i uppgifterna nedan.

<input type="checkbox"/> Ja, vårdnadshavare/förmyndare	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Ja, annan
Namnteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	
E-post	Telefon	
Samtycke medges att ta kontakt med personen som varit behjälplig att ansöka	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

## Behandling av personuppgifter

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida <a href="http://www.skinnskatteberg.se">www.skinnskatteberg.se</a>
--

## Underskrift

Namnteckning av den enskilde eller vårdnadshavare	Namnteckning vårdnadshavare 2
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Ort och datum	Ort och datum

## Vid förstagsansökan eller vid förändrat behov:

Bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnos/er framgår. Det kan tex. vara läkarintyg, psykologutlåtande eller utlåtande från arbetsterapeut.
--

**Blanketten skickas till:**  
**Skinnskattebergs kommun**  
**Kyrkvägen 7**  
**Box 101**  
**739 22 Skinnskatteberg**