



SJÖBO
KOMMUN

Vård- och
Omsorgsförvaltningen

ANKOMSTDATUM:

ANSÖKAN OM INSATSER

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

PERSONUPPGIFTER

Namn	Personnr
Adress	Tel.nr
Postadress	

BESKRIVNING

Funktionshinder

Beskriv Ditt behov av hjälp, stöd och service

MER INFORMATION KAN FÅS AV

Namn

Telefon

VAR GOD VÄND

Med hänvisning till LSS ansöker jag om följande insatser:

- 9.2 § Personlig assistent
- 9.3 § Ledsagarservice
- 9.4 § Biträde av kontaktperson
- 9.5 § Avlösarservice
- 9.6 § Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9.7 § Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år
- 9.8 § Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9.9 § Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- 9.10§ Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder
- 10 § Begäran om individuell plan enligt LSS
- 16 § Förhandsbesked (om jag som söker LSS-insatser bor i annan kommun men tänker flytta till Sjöbo Kommun)

Har Du tidigare ansökt/erhållit stöd enligt LSS? Ja Nej

Var? Tidpunkt?

Namn på ansvarig handläggare ?

För snabbare handläggning är det bra om du skickar med läkar- och/eller psykolog-utlåtande, framförallt om du gör en ansökan om LSS-insatser för första gången.

**För att utredning ska kunna ske ger jag min tillåtelse till att LSS-handläggaren får hämta upplysningar som rör mig och min LSS-ansökan
Jag kan återkalla mitt medgivande när jag så önskar**

Ja

Endast från:

Försäkringskassan Sjukvården Andra verksamheter i Sjöbo Kommun

Annan verksamhet

Nej

Ansökan görs av:

Sökande Vårdnadshavare God man Förvaltare

.....
Ort och datum

.....
Namn / namnförtydligande

.....
Ort och datum

.....
Namn / namnförtydligande

VÅRDNADSHAVARE/FÖRVALTARE/GOD MAN

Namn		Tel.nr	
Adress			

Ansökan skickas till :
LSS-handläggare, Sjöbo Kommun 275 80 SJÖBO