

Ansökan om insatser enligt 9 § LSS, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan gäller:

Förnamn		Efternamn	
Personnummer		E-post	
Adress		Telefon	
Postnummer	Postort		

Jag som gör ansökan är:

☐ Sökanden själv	☐ God man	☐ Vårdnadshavare, ensam vårdnad
☐ Ombud via fullmakt	☐ Förvaltare	☐ Vårdnadshavare, gemensam vårdnad
Telefonnummer 1		Telefonnummer 2 (valfritt)

Anmälarens personuppgifter

Fylls i när anmälaren är någon annan än sökanden själv.

Förnamn	Efternamn
E-post	

Vårdnadshavare två

När ni har delad vårdnad måste båda vårdnadshavarna signera ansökan. Vårdnadshavare två kommer att få e-post med information om hur man signerar när ansökan är inskickad.

Förnamn	Efternamn
Personnummer AAAAMMDDXXXX	E-post

Ansökan avser:

- ☐ 9 § 2. Personlig assistent eller ekonomiskt stöd för personlig assistent
- ☐ 9 § 3. Ledsagarservice
- ☐ 9 § 4. Kontaktperson
- ☐ 9 § 5. Avlösarservice i hemmet
- ☐ 9 § 6. Korttidsvistelse utanför hemmet (korttidsboende, stödfamilj, läger)
- ☐ 9 § 7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (fritids)
- ☐ 9 § 8. Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar
- ☐ 9 § 9. Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- ☐ 9 § 10. Daglig verksamhet

Vilken omfattning gäller ansökan:

Antal timmar per dygn:	Antal dygn per vecka:	Antal dygn per månad:
------------------------	-----------------------	-----------------------

Beskrivning

Gäller ansökan boende eller korttidsvistelse? Beskriv vilken typ du behöver:

Beskriv ditt funktionshinder och hur det påverkar din vardag:

Beskriv vad du klarar själv och vad du inte klarar:

Beskriv ditt hjälpbehov och vilket stöd du behöver:

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömning av ärendet får inhämtas från:

☐ Sjukvården	☐ Försäkringskassan
☐ Socialtjänsten	☐ Barnomsorg/skola
☐ Anhörig, skriv för- och efternamn	☐ Annan, skriv för- och efternamn

Underskrift

Datum	Namnteckning, (vårdnadshavare 1, godman, förvaltare, sökande)	Namnförtydligande
_____	_____	_____
Datum	Namnteckning, (vårdnadshavare 2)	Namnförtydligande
_____	_____	_____

Information om behandling av personuppgifter

Värnamo kommun behöver hantera och spara personuppgifter om dig. Det gör vi för att kunna handlägga ärenden och fatta beslut som rör dig för att fullgöra våra skyldigheter enligt lag. De uppgifter du har lämnat kan komma att lämnas ut till myndigheter eller enskilda om det krävs enligt lag eller annan författning, eller om det är nödvändigt för ärendets handläggning. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha information om de uppgifter vi har om dig eller begära rättning eller radering av dina uppgifter. Du kan också begära att vi begränsar behandlingen eller göra invändningar. Du hittar mer information på www.varnamo.se/personuppgifter. www.varnamo.se/personuppgifter.

Ansökan skickas till:

Omsorgsförvaltningen
Sektion Myndighet
331 83 Värnamo