

# Lagen om särskilt stöd till vissa funktionsnedsatta, ansökan om insatser

<b>Sökande</b>	Namn	Personnummer
	Adress	
	Postnummer och postadress	
	E-post	Telefon (inklusive riktnummer)

<b>Jag ansöker om:</b>	Personlig assistent eller ekonomiskt stöd	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
	Ledsagarservice	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
	Biträde av kontaktperson	Avlösarservice i hemmet
	Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom	
	Bostad med särskild service för vuxna eller annat särskilt anpassad bostad för vuxna	
	Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig	
	Förhandsbesked _____ _____	

<b>Insatser och stöd</b> Beskriv varför du söker LSS-insatser och vilket stöd du behöver	
---	--

<b>Jag bifogar följande bilagor</b>	Läkarintyg _____ Psykologutlåtande Bedömning från arbetsterapeut/fysioterapeut Annat, ange vad _____ _____
-------------------------------------	--

Du behöver fylla i uppgifterna i blanketten för att vi ska handlägga din ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionsnedsatta. Uppgifterna lagras så länge ärendet är aktuellt, dock längst 5 år, förutom för dig som är född dag 5, 15 eller 25 i månaden. Dessa uppgifter sparas i forskningssyfte enligt § 60 och 62 socialtjänstlagen samt § 51 socialtjänstlagen. Ansvarig för hanteringen av personuppgifterna är vård- och omsorgsnämnden. Kontakt genom e-post: vardomsorg@enkoping.se. Du har rätt att invända mot hur dina personuppgifter hanteras. För mer information, se bilaga eller gå in på vår hemsida [enkoping.se/personuppgifter](http://enkoping.se/personuppgifter).

<b>Underskrift sökande</b> Jag ansöker om insatsen för egen del	Underskrift	Ort och datum
	Namnförtydligande	
	I samband med min underskrift nedan medger jag att <b>uppgifter som är nödvändiga</b> för bedömning av rätt till sökta insatser och som är sekretessbelagda hos försäkringskassan, sjukvården, barn-/vuxenhabiliteringen, skolförvaltningen, utbildningsförvaltningen eller socialförvaltningen får inhämtas.	
	Tahdon käyttää suomea yhteyksissä avustusyksikköön. (Jag vill använda finska i kontakten med biståndsenheten.)	

<b>Underskrift om annan än sökanden själv</b>	Sätt kryss i lämplig ruta:			
	God man	Förvaltare	Vårdnadshavare, ensam vårdnad	Vårdnadshavare, gemensam vårdnad, två underskrifter
	Underskrift		Ort och datum	
	Namnförtydligande			
	E-post		Telefon (även riktnummer)	
	Underskrift		Ort och datum	
	Namnförtydligande			
	E-post		Telefon (även riktnummer)	