



TANUMS  
KOMMUN

## ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT LSS

### Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

#### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	
Postnummer och postadress	Telefon (även riktnummer)
<b>Beskriv varför Du söker LSS-insatser och vilket stöd Du behöver</b>	

#### Jag ansöker om följande insatser enligt LSS

- Rådgivning, personligt stöd
- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

**Jag bifogar**

- Läkarintyg
- Psykologuttalande
- Omdöme från arbetsterapeut
- Annat

**Medgivande**

I samband med min underskrift nedan medger jag att **uppgifter som är nödvändiga** för bedömning av rätt till sökta insatser och som är sekretessbelagda hos försäkringskassan, sjukvården, barn-/vuxenhabiliteringen, barn- och utbildningsförvaltningen eller socialtjänst får inhämtas.

**1. Jag ansöker om insatsen för egen del**

Datum	Underskrift
-------	-------------

**2. Om annan än sökanden själv sätt kryss i lämplig ruta**

- |                                  |                                     |  |  |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> God man | <input type="checkbox"/> Förvaltare | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare, ensam vårdnad | <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare, gemensam vårdnad, två underskrifter |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|--|

Bifoga kopia på förordnandet som God man/förvaltare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Telefon
-------	-------------	-------------------	---------

**Ansökan skickas till:**

**Omsorgsförvaltningen  
Handikappomsorgen  
457 81 Tanumshede**