



Vård- och omsorgsnämnden

Ansökan om Särskilda insatser enligt LSS

Blanketten skickas/lämnas till:
Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighetskontoret
LSS-handläggare, OF
Fröslunda centrum
631 86 Eskilstuna

Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personnummer
Postadress (utdelningsadress och postnummer)		Telefon (även riktnummer)
Postort	e-post	

Språk

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

Insats/Insatser som begärs

<input type="checkbox"/> Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans, enligt 9 § 2 LSS
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice, enligt 9 § 3 LSS
<input type="checkbox"/> Kontaktperson, enligt 9 § 4 LSS
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, enligt 9 § 5 LSS
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, enligt 9 § 6 LSS
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, enligt 9 § 9 LSS
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig, enligt 9 § 10 LSS
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked, enligt 16 § LSS

Ang. uppgifter som lämnats på ansökningsblankett

Eskilstuna Vård- och omsorgsnämnd är personuppgiftsansvariga enligt personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgifter registreras i Vård- och omsorgsförvaltningens dataregister och ligger till grund för handläggning och verkställighet av ärenden.

Personuppgifter inhämtas från Riksskatteverkets befolkningsregister.

Den som registreras i detta register äger rätt att begära rättelse om uppgifterna i registret är felaktiga samt kostnadsfritt 1 gång per år efter skriftlig ansökan få skriftlig information om registrerade uppgifter.

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (t ex förflyttning, personlig hygien)

God man alt förvaltare

Har du god man/förvaltare Nej Ja

Om ja, ange namn:

Den sökandes underskrift

Datum Namnteckning

Sökande

Den sökande är

Den funktionshindrade Vårdnadshavare God man Förvaltare

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress	Postnummer och postort
e-post	

För snabbare handläggning

Komplettera ansökan med läkarintyg/psykologbedömning/ADL-bedömning.

Förordnande av God man.

Samt eventuella fullmakter som ska vara bevitnade.