

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

### Personuppgifter

Förnamn och efternamn på det sökande barnet/ungdomen	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"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år, enligt 9 § 7 LSS	
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom, enligt 9 § 8 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	
<input type="checkbox"/> Individuell plan enligt 10 § LSS (Endast för dig som har beviljad LSS-insats)	

### Ang. uppgifter som lämnats på ansökningsblankett

Eskilstuna Vård- och omsorgsnämnd är personuppgiftsansvariga enligt personuppgiftslagen (1998:204). Personuppgifter registreras i Vård- och omsorgsförvaltningens förvaltnings 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)

**Medgivande**

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från skola, socialtjänst, landsting och försäkringskassa.

Ja  Nej

**Den sökandes underskrift** Obs. Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan. Sökande över 15 år kan själv söka insatser i samråd med vårdnadshavare. Sökande från 18 år kan själv söka insatser.

Datum	Namnteckning (sökande över 15 år)
Namnteckning vårdnadshavare 1 / Förvaltare / God man	Namnteckning vårdnadshavare 2

**Behjälplig vid upprättandet**

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

**För snabbare handläggning**

Komplettera ansökan med läkarintyg/psykologbedömning/ADL-bedömning.

Förordnande av God man.

Samt eventuella fullmakter som ska vara bevittnade.