

Begäran om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personuppgifter*

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Utdelningsadress/folkbokföringsadress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	
Funktionsnedsättning/diagnos:		
Behov av hjälp/stöd:		

Jag begär följande insats/insatser

<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem, eller bostad med särskild service, för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Personlig assistans eller ekonomiskt stöd för personlig assistans
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt 16 § LSS, uppge insats: _____
<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill att en socialsekreterare kontaktar mig
Rådgivning och personligt stöd är en LSS-insats som du kan begära hos Västra Götalandsregionen, telefon 010-441 49 78

Behandling av personuppgifter och sekretess

*Personuppgifter registreras av vård och omsorgsförvaltningen för att behandla begäran om LSS-insats. Informationen som du har lämnat är skyddad enligt sekretesslagen.

Du har rätt att begära registerutdrag för att kontrollera vilken information som är registrerad. Vård och omsorgsförvaltningen är skyldig att rätta uppgifter som är fel, ofullständiga eller missvisande.

Samtycke och underskrift finns på sidan 2.

Samtycke

Jag lämnar samtycke till att vård och omsorgsförvaltningen får hämta den information som behövs för att behandla aktuell begäran om insats enligt LSS från (kryssa i):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Annan kommun | <input type="checkbox"/> Habiliteringen |
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen | <input type="checkbox"/> Sjukvården |
| <input type="checkbox"/> Barnomsorg | <input type="checkbox"/> Skola |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Socialförvaltningen |

Ange om någon av följande ersättningar är beviljade:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aktivitetsersättning | <input type="checkbox"/> Vårdbidrag |
| <input type="checkbox"/> Handikappersättning | <input type="checkbox"/> Annat: _____ |

Medicinskt underlag

Myndighetsavdelningen LSS behöver medicinskt underlag i form av läkarintyg eller psykologutlåtande för att behandla begäran om insats enligt LSS.

- Jag bifogar medicinskt underlag till min begäran

Jag begär insats enligt LSS för egen del och skriver under

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

Jag begär insats enligt LSS för ovanstående person, och jag är:

- Vårdnadshavare*
 God man
 Förvaltare
 Fullmaktshavare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Utdelningsadress/folkbokföringsadress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	

- Vårdnadshavare*
 *Vid gemensam vårdnad ska båda underteckna

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Utdelningsadress/folkbokföringsadress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	

Skicka begäran till

Alingsås kommun, Vård och omsorgsförvaltningen
 Myndighetsavdelningen LSS
 441 81 Alingsås