

## Begäran om insats enligt LSS för personer med funktionsnedsättning

### Personuppgifter för personen med funktionsnedsättning (sökande)

För- och efternamn		Personnummer
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	

### Begäran gäller följande

- Jag är osäker på vilken insats som är lämplig och vill ha ett informationsmöte om LSS
- Avlösarservice i hemmet
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen samt under lov
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (korttidshem, läger eller stödfamilj)
- Boende för barn och ungdom i familjehem eller bostad med särskild service/internat på skola
- Bostad med särskild service för vuxna
- Daglig verksamhet
- Personlig assistans

Rådgivning och personligt stöd är ytterligare en LSS-insats som du kan begära hos Västra Götalandsregionen, telefon 010-441 49 78

- Jag är idag boende i annan kommun men planerar att flytta till Alingsås kommun (begär förhandsbesked).

### Beskrivning av behov

Funktionsnedsättning/Diagnos:
Behov av hjälp/stöd:

### Medicinskt underlag

Myndighetsavdelningen behöver medicinskt underlag så som läkarintyg, psykologutlåtande och/eller arbetsterapeutisk bedömning för att kunna utreda ditt behov av begärd insats. Den sökande ansvarar för att lämna de underlag som är nödvändiga för utredningen.

- Medicinskt underlag skickas tillsammans med begäran

### Ersättning

Följande ersättningar är beviljad den som söker insats enligt LSS

- Aktivitets-/Sjukersättning
- Omvårdnadsbidrag/Vårdbidrag
- Merkostnad-/Handikappersättning
- Annat: \_\_\_\_\_

### Behov av tolk

- Nej
- Ja    Ange språk: \_\_\_\_\_

## Begäran om insats enligt LSS för personer med funktionsnedsättning

### Samtycke

Samtycke lämnas till att Myndighetsavdelningen, för att utreda rätten till insats som här begärts, får hämta in den information som behövs från följande verksamheter:

- |   |  |
|---|--|
| <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 |

### Jag begär själv insats enligt LSS och skriver under

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

#### Behandling av personuppgifter och sekretess

Dina personuppgifter registreras av Vård- och omsorgsförvaltningen för att behandling av begäran och eventuellt utförande av LSS-insats ska kunna utföras. Informationen som du har lämnat är skyddad enligt offentlighet- och 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.

### Jag begär insats enligt LSS för den sökande och jag är:

- God man\***
 **Förvaltare\***
 **Fullmaktsinnehavare\***

\*Uppdragsutdrag/fullmakt ska bifogas begäran. Underskrift innebär samtycke till att här givna personuppgifter registreras så att kontakt kan tas för att hantera ansökan samt utförande av ev. beviljad insats.

- Vårdnadshavare 1**

Vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under begäran för att den ska vara giltig.

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	

### Vårdnadshavare 2

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefon	E-post	

### Skicka begäran till

Alingsås kommun  
 Vård- och omsorgsförvaltningen  
 Sidenvägen, Myndighetsavdelningen LSS  
 441 81 Alingsås