

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