**Begäran om insats enligt LSS**

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

*Alla här lämnade uppgifter samt uppgifter som hämtats in från vissa myndigheter kommer att bearbetas och lagras i arkiv eller på elektronisk väg i kommunens system under beaktande av bestämmelserna enligt Dataskyddsförordningen EU 2016/679 (GDPR).*

**Personuppgifter, för den som är i behov av insats.**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och förnamn      | Personnummer      |
| Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)      | Telefon (även riktnummer)      |
| Vårdnadshavare, om sökande är under 18 år.      | E-post      |

Den som fyllt 15 år kan själv ansöka om insats i enlighet med 8 § LSS. När föräldrar som har gemensam vårdnad ansöker om insats för ett barn under 18 år krävs det att ansökan är underskriven av båda föräldrarna (6 kap. 1 och 13 §§ föräldrabalken).

**[ ]  Ansökan gäller förhandsbesked enligt 16 § LSS**. (Gäller för personer som

 har som avsikt att flytta till Hofors kommun).

**Anledning till begärd insats.**

|  |
| --- |
| **Beskriv funktionsnedsättning:**     **Beskriv hjälpbehov:**      |

**Insats/insatser enligt § 9 LSS som begärs.**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | 9 § 2 Personlig assistans eller ekonomiskt stöd för skäliga kostnader för sådan |
| [ ]  | 9 § 3 Ledsagarservice |
| [ ]  | 9 § 4 Biträde av kontaktperson |
| [ ]  | 9 § 5 Avlösarservice i hemmet |
| [ ]  | 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
| [ ]  | 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år |
| [ ]  | 9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdom |
| [ ]  | 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad |
| [ ]  | 9 § 10 Daglig verksamhet  |

**Samtycke.**

|  |
| --- |
| Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag får inhämtas från:Sjukvård Socialtjänst Försäkringskassa Skola/barnomsorg Tidigare kommun[ ]  Ja [ ] Nej [ ] Ja [ ]  Nej [ ] Ja [ ] Nej [ ]  Ja [ ]  Nej [ ] Ja [ ]  NejAnnan:      [ ]  Ja [ ]  Nej |

**Behjälplig med begäran.**

|  |  |
| --- | --- |
| Efternamn och förnamn      | Telefon (även riktnummer)      |
| Adress      | Postnummer      |

**Underskrift**

|  |
| --- |
| Ort och datum Sökandens underskrift [ ]  Den enskilde [ ]  Vårdnadshavare [ ]  God man [ ]  Förvaltare  [ ]  Fullmakts  innehavare       \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Blanketten skickas till:** Biståndsenheten
 Hofors Kommun
 Granvägen 8
 813 81 Hofors
 Fax: 0290-460 51