

LSS – ansökan om insatser

Den här blanketten är till för dig som vill ansöka om insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ger personer med funktionsnedsättningar möjlighet att leva som andra. För att du ska ha rätt till stöd enligt LSS behöver du ingå i någon av de tre personkretsarna som omfattas av lagen, ha behov av insatsen samt att behovet inte ska vara tillgodosett på annat sätt.

Personkretsar som omfattas av LSS

1. Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd,
2. Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. Personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Tänk på att du behöver styrka din funktionsnedsättning genom ett läkarintyg, psykologutlåtande eller annat medicinskt underlag om du inte gjort det sedan tidigare.

Insatser enligt LSS 9 §

1. Rådgivning och annat personligt stöd (OBS! Insatsen ansöker du om hos Region Gävleborg)
2. Personlig assistans
3. Ledsagarservice
4. Kontaktperson
5. Avlösarservice i hemmet
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
10. Daglig verksamhet

Att observera

- Handläggningstiden kan påverkas om din ansökan med eventuella intyg inte är komplett.
- 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). Lämna aktuell adress och telefonnummer där vårdnadshavarna kan nås på dagtid.

Ansökan om insatser enligt LSS

(Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade)

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

Ansökan gäller förhandsbesked enligt 16 § LSS. (Gäller för personer som har som avsikt att flytta till Hofors kommun).

Insats/insatser ansökan avser

Sätt ett kryss i en eller flera rutor bredvid den/de insatser som du avser ansöka om.

2. Personlig assistans

Insatsen är för den som har stora och varaktiga funktionshinder och är oförmögen att sköta sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Hjälpbehovet ska vara krävande eller i olika avseenden komplicerade situationer av mycket personlig karaktär.

3. Ledsagarservice

Ledsagarservice ska underlätta för den enskilde att komma ut från bostaden och ges möjlighet att delta i samhällslivet.

4. Kontaktperson

En kontaktperson ska vara en medmänniska som kan underlätta för den enskilde som är i avsaknad av sociala relationer genom social samvaro. Meningen med insatsen är att bryta social isolering genom samvaro och hjälp till fritidsaktiviteter.

5. Avlösarservice i hemmet

Med insatsen avses avlösning i det egna hemmet, d.v.s att en person tillfälligt övertar omvårdnaden från anhöriga tex för att ge tid till syskon eller ges möjlighet till avkoppling.

6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Insatsen är till för att ge den enskilde möjlighet till rekreation och miljöombyte eller för att ge anhöriga tillfälle till avlösning

7. Korttids tillsyn för skolungdom över 12 år

Insatsen är för skolungdomar över 12år som är i behov av tillsyn före och efter skoldagar samt under lov.

8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom

Barn och ungdomar som inte kan på hos sina föräldrar på grund av ett omfattande funktionshinder kan ha rätt till insatsen

9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad

Insatsen är avsedd att ges åt personer med svåra funktionshinder som inte på egen hand klarar av de rutiner som tillhör vardagen. Det är således en insats för dem med så stora behov att de kräver ett omfattande dagligt personalstöd under olika delar av dygnet. Behov av egen lägenhet är inte grund för rätt till insatsen.

10. Daglig verksamhet

Insatsen är en sysselsättning för personer i yrkessam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Insatsen vänder sig till personer som omfattas av personkrets 1 och 2 enligt LSS.

Beskriv din funktionsnedsättning

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp

Har du pågående insatser från någon annan? (Ex sjukvård, socialtjänst, skola/omsorg, försäkringskassan mm.)

- Ja, med vilka? _____

Nej

Har du ansökt om insatser från någon annan? (Ex socialtjänst, försäkringskassan mm.)

Ja, med vilka? _____

Nej

Finns behov av tolk?

Ja, vilket språk? _____

Nej

Samtycke från andra myndigheter

För att vi ska kunna hantera din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Detta görs enbart efter överenskommelse med dig. Markera med kryss vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter ifrån

Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen

Sjukvården

Habiliteringen

Skola

Barnomsorg

Övrig socialtjänst

Tidigare kommun

Bifogade dokument (sätt kryss för de dokument du bifogar till din ansökan)

Läkarintyg

Psykologutlåtande

Intyg från arbetsterapeut

Annat intyg eller utlåtande, vad? _____

Företrädare för den sökande (Utdrag/kopia på förordnandet och/eller fullmakt ska bifogas)

Förälder

Förmyndare/God man

Förvaltare

Ombud med fullmakt

Efternamn och förnamn

Personnummer

Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)

Telefon (även riktnummer)

Mobilnummer:

E-post

Underskrift**Sökande**

Ort och Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Företrädare

Ort och Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Företrädare

Ort och Datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Blanketten skickas till: Biståndsenheten
Hofors Kommun
Hantverkargatan 21
813 30 Hofors
Fax: 0290-20708

Biståndshandläggarnas notering

Ansökan mottagen	Datum	Signatur
------------------	-------	----------

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).