



## Ansökan om insatser enligt LSS

Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS)

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Namn Sökande:                                                                    |
| Personnummer                                                                     |
| Gatuadress:                                                                      |
| Postnummer och ort:                                                              |
| Telefon- / Mobiltelefonnummer:                                                   |
| E-post                                                                           |
| Namn Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare:                         |
| Telefon- / Mobiltelefonnummer Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare |
| E-post Närstående / god man / förvaltare / vårdnadshavare:                       |

### Ansökan avser följande insatser

|                          |        |                                                                                      |
|--------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | § 9.2  | Personlig assistans                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | § 9.3  | Ledsagarservice                                                                      |
| <input type="checkbox"/> | § 9.4  | Kontaktperson                                                                        |
| <input type="checkbox"/> | § 9.5  | Avlösarservice i hemmet                                                              |
| <input type="checkbox"/> | § 9.6  | Korttidsvistelse utanför det egna hemmet                                             |
| <input type="checkbox"/> | § 9.7  | Korttidsstillsyn för skolorngdom över 12 år                                          |
| <input type="checkbox"/> | § 9.8  | Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom            |
| <input type="checkbox"/> | § 9.9  | Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna |
| <input type="checkbox"/> | § 9.10 | Daglig verksamhet                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | § 10   | Individuell plan                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | § 16   | Förhandsbesked för boende i annan kommun                                             |

### Anledning för din ansökan

|         |
|---------|
| Beskriv |
|---------|

### Övriga upplysningar

|         |
|---------|
| Beskriv |
|---------|



# VAGGERYDS KOMMUN

## Socialförvaltningen

### Personuppgift

Informationen du lämnar i denna ansökan kommer att lagras och bearbetas i dataregister av Vaggeryds kommun i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR). För frågor eller information om databehandlingen, kontakta Vaggeryds kommun, socialförvaltningen, Box 43, 568 21 Skillingaryd, tel 0370 67 80 00.

### Samtycke

Jag medger att handläggare inom Biståndsenheten i Vaggeryds kommun får inhämta uppgifter om mig i journaler, personakter och gentemot andra myndigheter

### Tolk

Jag önskar tillgång till tolkfunktion

När ansökan inkommit till biståndsenheten kommer du att kontaktas av en biståndshandläggare.

---

Ort och datum

Sökandes underskrift

---

Behjälplig med ansökan

Ansökan skickas till:

Vaggeryds kommun, Vård- och omsorgsförvaltningen, Biståndsenheten, Box 43, 568 21 Skillingaryd