

Ansökan om insatser enligt LSS

Tänk på att:

- Handläggningstiden påverkas av om din ansökan med intyg är komplett.
- Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under. Om en förälder har enskild vårdnad ska underlag som styrker det bifogas ansökan.
- Ungdomar över 15 år ska samtycka till insatsen som söks.
- Är du över 18 år ansöker du själv om insatser eller med hjälp av legal företrädare. Bifoga förordnandet av legal företrädare.

1. Personuppgifter	
Förnamn	Personnummer
Efternamn	Telefonnummer
Adress	
Postnummer	Ort

2. Behov av tolk och kommunikationsstöd
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket språk eller vilken typ av tolk/stöd:

3. Funktionsnedsättning
Kort beskrivning
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Behov av hjälp och stöd
Beskrivning
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Insatser som begärs
<input type="checkbox"/> § 9 p 2 Personlig assistent. Antal timmar/vecka
<input type="checkbox"/> § 9 p 3 Ledsagarservice. Antal timmar/vecka
<input type="checkbox"/> § 9 p 4 Kontaktperson. Antal timmar/vecka
<input type="checkbox"/> § 9 p 5 Avlösarservice i hemmet. Antal timmar/vecka
<input type="checkbox"/> § 9 p 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (korttidshem, stödfamilj, lägervistelse), omfattning
<input type="checkbox"/> § 9 p 7 Korttidstillsyn för barn över 12 år, i anslutning till skoldagen och lov.
<input type="checkbox"/> § 9 p 8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> § 9 p 9 Bostad med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/> § 9 p 10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
<input type="checkbox"/> § 16 Förhandsbesked till sökande i annan kommun som tänker bosätta sig i Kävlings kommun
<input type="checkbox"/> Jag har tidigare ansökt om/beviljats insatser enligt LSS
<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare

6. Jag bifogar			
<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Psykologutlåtande	<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande

7. Samtycke
Den sökande godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får inhämtas från kommunala förvaltningar, sjukvården och andra myndigheter.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nej

8. Behjälplig vid upprättandet (Vårdnadshavare/förvaltare/god man/annan)	
Titel	Namn
Telefonnummer	E-post

9. Sökande
Ansökan görs av
<input type="checkbox"/> Den enskilde <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Ombud enl. fullmakt

10. Sökandes underskrift	
Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Telefonnummer	Telefonnummer

Ansökan skickas till:
 Kävlings kommun
 LSS handläggare
 Kullagatan 2
 24480 Kävlings