



OSBY
KOMMUN

ANSÖKAN OM INSATSER ENLIGT LSS

(Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade)

1. Personuppgifter

Förnamn och efternamn: _____

Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer och ort: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

2. Vem gäller ansökan?

☐ Jag ansöker för mig själv

☐ Jag ansöker för någon annan

Om du ansöker för dig själv:

Närstående/kontaktperson

Namn: _____

Relation: _____

Telefonnummer: _____

E-postadress: _____

Om du ansöker för någon annan:

Jag som ansöker är:

☐ Vårdnadshavare ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt ☐ Annan företrädare

Viktigt! Bifoga handling som styrker behörighet.

☐ Handling bifogas som styrker min behörighet att ansöka för någon annan.

3. Vilken eller vilka insatser ansöker du om?

- ☐ Rådgivning och annat personligt stöd
- ☐ Personlig assistans
- ☐ Ledsagarservice
- ☐ Kontaktperson
- ☐ Avlösarservice
- ☐ Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- ☐ Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
- ☐ Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
- ☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- ☐ Daglig verksamhet
- ☐ Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser (gäller sökande från annan kommun)
- ☐ Vill först rådgöra med en handläggare angående lämplig insats innan ansökan om specifik insats

4. Funktionsnedsättning

Beskriv kortfattat vilken funktionsnedsättning som finns.

5. Behov av hjälp

Beskriv kortfattat behovet av hjälp, t.ex. förflyttning, personlig hygien mm.

6. Praktisk situation

Beskriv kortfattat hur vardagen fungerar idag.

7. Samtycke

- ☐ Jag samtycker till att handläggare får kontakta mig för kompletterande uppgifter kring ansökan.
- ☐ Jag samtycker till att handläggare vid behov får kontakta angiven närstående eller företrädare.

8. Kontakta mig

Jag vill att ni kontaktar mig via:

☐ Telefonsamtal ☐ Sms ☐ E-post ☐ Via angiven närstående

9. Underskrift

Ort och datum: _____

Sökandes underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Underskrift om ansökan görs av Vårdnadshavare/God man/Förvaltare/Ombud med fullmakt. *(Vårdnadshavare som har gemensam vårdnad och ansöker om insats för ett barn under 18 år krävs att ansökan är underskriven av båda föräldrarna (6 kap. 1 och 13 §§ föräldrabalken))*:

Ort och datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Relation/uppdrag: _____

Kontaktuppgifter: _____

Bilagor

☐ Fullmakt ☐ Beslut om god man/förvaltare ☐ Medicinskt underlag/intyg ☐ Annan bilaga

Kontakt LSS-handläggning

Telefon: 0479-52 86 87 eller 0479-52 82 27

Personuppgiftsbehandling (GDPR)

Osby kommun behandlar dina personuppgifter för att handlägga och administrera din ansökan. Uppgifterna behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på Osby kommuns webbplats.

Skicka in ansökan

Din ansökan kan lämnas i Kontaktcenter eller skickas till:

LSS handläggare

Osby kommun

283 80 Osby