

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

☐ Ja ☐ 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

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

6. Jag bifogar

- ☐ Läkarintyg ☐ Psykologutlåtande ☐ Intyg från arbetsterapeut ☐ 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.

- ☐ Ja ☐ nej

8. Behjälplig vid upprättandet (Vårdnadshavare/förvaltare/god man/annan)

Titel	Namn
Telefonnummer	E-post

9. Sökande

Ansökan görs av

- ☐ Den enskilde ☐ Vårdnadshavare ☐ Förvaltare ☐ God man ☐ Ombud enl. fullmakt

10. Sökandes underskrift

Ort och datum	Ort och datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Telefonnummer	Telefonnummer

Ansökan skickas till:
Kävlinge kommun
LSS handläggare
244 80 Kävlinge