

# 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
<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