



Ansökan
Datum:

Särskilda insatser enligt
LSS, Lagen om stöd och
service till vissa
funktionshindrade

Ansökan sänds till:
Handikappomsorgen
Drottninggatan 49
374 36 Karlshamn

Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)

Behov av hjälp (tex. Förflyttning, personlig hygien)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Omsorgsförvaltningen

Rådhuset · Besöksadress: Kungsgatan 27 · 374 81 Karlshamn · Tel 0454-81700 · Fax 0454-81760
E-post: omsorg@karlshamn.se · Hemsida: <http://www.karlshamn.se>
postgiro 1 03 94-5 · Bankgiro 991-1777

Sätt kryss för den eller de insatser som begärs

- § 9.2 Biträde av personlig assistent
- § 9.3 Ledsagarservice
- § 9.4 Biträde av kontaktperson
- § 9.5 Avlösarservice i hemmet
- § 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- § 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- § 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- § 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- § 9.10 Daglig verksamhet

Begäran/övrigt

- Individuell plan
- Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser. (Gäller sökande från annan kommun)
- Personligt utformat stöd enligt 4 kap. 1§ SoL, Socialtjänstlagen.

Information

Uppgifterna som du har lämnat kommer att behandlas i dator. Det är endast de personer som arbetar med ditt ärende som får ta del av informationen. All personal har tystnadsplikt och får inte lämna ut uppgifter om dig till någon obehörig. Vid förfrågan kommer vissa statistikuppgifter att lämnas till annan myndighet.

Medgivande: För att kunna göra en rättssäker bedömning behöver vi i vissa fall inhämta uppgifter från exempelvis sjukvård, försäkringskassa, habiliteringen, skolan eller socialtjänsten.

- JA, jag medger att uppgifterna får inhämtas NEJ, uppgifterna får inte inhämtas

Ansökan lämnad av:

Sökandes namnunderskrift	Datum
--------------------------	-------

Namn (om annan än sökande: Vårdnadshavare, båda två/ God man/ Förvaltare):

Namnunderskrift	Datum	Tele.nr:
Namnunderskrift	Datum	Tele.nr:

Återtagande av sökt insats:

<input type="checkbox"/> Jag vill återta min ansökan om insats	Datum
--	-------