



## Ansökan om insatser enligt LSS

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

### Ansökan avser

Namn	Personnummer
Adress	Telefon (öven riktnummer)

### Beskriv varför du söker LSS-insatser och vad du behöver stöd och hjälp med


### Jag ansöker om följande insatser enligt LSS

<input type="checkbox"/> Personlig assistent
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder, utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare.

### Nuvarande insatser enligt LSS eller Socialtjänstlagen

Exempelvis hemtjänst eller färdtjänst


Var god vänd!



### Jag bifogar

- Läkarintyg
- Psykologutlåtande
- Omdöme från arbetsterapeut
- Annat

**Med underskriften medger jag/vi att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser och som är sekretessbelagda hos sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedling, Barn- och vuxenhabiliteringen, Barn- och utbildningsnämnden eller socialtjänst får inhämtas.**

För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras.  
För fullständig information se [www.uddevalla.se/personuppgifter](http://www.uddevalla.se/personuppgifter).

### Jag gör ansökan för egen del

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

### Om annan än sökanden själv gör ansökan, sätt kryss i lämplig ruta

- God man, bifoga kopia på förordnandet
- Förvaltare, bifoga kopia på förordnandet
- Ensam vårdnadshavare
- Gemensam vårdnadshavare, två underskrifter

Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Telefon
Datum	Underskrift	Namnförtydligande	Telefon

### Ansökan skickas till

Uddevalla kommun, Socialtjänsten, Biståndsavdelningen, Kilbäcksgatan 32, 451 81 Uddevalla