

## Ansökan om insats enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

### Sökande

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer bostad (även riktnummer)
Postnummer	Ort	Telefonnummer arbete (även riktnummer)
E-post adress		Mobiltelefonnummer
Behov av tolk    Ja    Nej    Om ja vilket språk:		

### Anhörig, vårdnadshavare, god man/förvaltare, ombud

God man/förvaltare/ombud ska bifoga förordnande eller fullmakt

Namn	Telefonnummer	Relation till sökande
Adress	Postnummer och ort	Ensam vårdnadshavare Ja    Nej
Namn	Telefonnummer	Relation till sökande
Adress	Postnummer och ort	

### Ansökan om insatser enligt LSS

Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till personlig assistans ( 9 § 2 LSS )  Ledsagarservice ( 9 § 3 LSS )  Biträde av kontaktperson ( 9 § 4 LSS )  Avlösarservice i hemmet ( 9 § 5 LSS )  Korttidsvistelse utanför det egna hemmet ( 9 § 6 LSS )  Korttidstillsyn för skolungdom ( 9 § 7 LSS )  Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar ( 9 § 8 LSS )  Boende med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad ( 9 § 9 LSS )  Daglig verksamhet ( 9 § 10 LSS )	Ansökan avser förhandsbesked enligt LSS § 16.	Inflyttning till kommunen, datum
--	---	----------------------------------

**Vänd**

<b>Postadress</b> Gagnefs kommun 785 80 Gagnef	<b>Besöksadress</b> Färjbacksvägen 5 Djurås	<b>Växel</b> 0241-15100 <b>Fax</b> 0241-15101	<b>E-post</b> info@gagnef.se <b>Hemsida</b> www.gagnef.se	<b>Bankgiro</b> 472-4134 <b>Org.nr.</b> 212000-2155	<b>Exp.</b>
--	---	--	--	--	-------------

### Anledning till ansökan

Beskriv ditt hjälpbehov

### Ansökan om insats enligt LSS är också ställd till

Försäkringskassan	Datum
Råd och stöd Landstinget	Datum

### Övriga uppgifter

De personuppgifter som är nödvändiga för utredningen kommer att behandlas enligt 23-25 §§ personuppgiftslagen i personregister inom myndighetsenheten.

Jag godtar att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommun, Skola, barnomsorg, försäkringskassa, socialtjänsten, landsting eller andra myndigheter.	Jag godtar <u>inte</u> att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för utredningen inhämtas från kommun, Skola, barnomsorg, försäkringskassa, socialtjänsten, landsting eller andra myndigheter.
--	--

### Underskrift

Underskrift av den sökande/vårdnadshavarna/ god man eller ombud med fullmakt. Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna.

Namnteckning	Ort, datum
Namnförtydligande	Personnummer
Namnteckning	Ort, datum
Namnförtydligande	Personnummer

### Bilagor som eventuellt bifogas

Läkarintyg
Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud
Annan bilaga

**Ansökan skickas till:** Gagnefs Kommun  
Myndighetsenheten  
785 80 Gagnef

<b>Postadress</b> Gagnefs kommun 785 80 Gagnef	<b>Besöksadress</b> Färjbacksvägen 5 Djurås	<b>Växel</b> 0241-15100 <b>Fax</b> 0241-15101	<b>E-post</b> info@gagnef.se <b>Hemsida</b> www.gagnef.se	<b>Bankgiro</b> 472-4134 <b>Org.nr.</b> 212000-2155	<b>Exp.</b>
--	---	--	--	--	-------------