



Ankom:

**Ansökan om insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)**

**Uppgifter om dig som ansökan avser**

Namn	Personnummer	Telefon
Adress	Postnummer	Ort

**Uppgifter om ansökan görs av en ställföreträdare**

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn	Personnummer	Telefon
Namn	Personnummer	Telefon

**Funktionsnedsättning och förmågor**

Vilken funktionsnedsättning har du?
Vad klarar du <u>inte</u> av själv?
Vad klarar du av själv, utifrån din funktionsnedsättning?

**Målsättning med LSS**

- *Målsättningen med LSS är att främja personens fulla delaktighet i samhällslivet och ges möjlighet att leva som andra.*

**Behov av hjälp**

Vad behöver du hjälp med för att kunna vara fullt delaktig i samhället och leva som andra?
--

**Dessa insatser har du rätt att ansöka om enligt LSS:**

1. Rådgivning eller annat personligt stöd
2. Personlig assistans
3. Ledsagarservice
4. Biträde av kontaktperson
5. Avlösarservice i hemmet
6. Korttidsvistelse i utanför det egna hemmet
7. Korttidstillsyn (skolungdom över 12 år)
8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
9. Bostad med särskild service för vuxna
10. Daglig verksamhet

**Ansökan gäller**

Vilken/vilka insatser ansöker du om? Önskad omfattning?

**Vilka intyg och utlåtanden bifogar du din ansökan?**

Läkarintyg  Psykologutlåtande  ADL-bedömning  Övriga bilagor

**Individuell plan**

- En individuell plan utgår från dina egna mål, intressen och önskemål på kort och lång sikt.
- Din handläggare har ett särskilt ansvar för samordning av de insatser som tas upp i planen. Även sådana insatser som ges av andra än kommunen.
- I samband med att insatser beviljas kan du begära en individuell plan.

**Medgivande och underskrift av ansökan**

Jag godkänner att utredning får göras samt att erforderliga underlag för detta beslut får rekvireras från Försäkringskassan, region/landsting, annan vårdgivare, kommun/kommundel, skola eller någon annan som har relevanta uppgifter om min funktionsnedsättning.

Ja  Nej

Ort och datum

Sökandes eller ställföreträdarens underskrift

Ort och datum

Ställföreträdarens underskrift

**Ansökan skickas till**

Svenljunga kommun  
Socialförvaltningen  
512 80 Svenljunga