Ansökan om insatser enligt LSS

Skicka din ansökan till:
Ulricehamns kommun
URC FN LSS-handläggare
523 86 Ulricehamn

Uppgifter om dig som ansöker om insats

Namn		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

Uppgifter om dig som ansöker om insats åt någon annan

Här ska bara du som företräder och hjälper personen med funktionsnedsättning att ansöka fylla i. Du behöver även bifoga registerutdrag om du är god man eller förvaltare och fullmakt om du agerar ombud.

☐ Vårdnadshavare ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt

Namn		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

☐ Vårdnadshavare ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Ombud med fullmakt

Namn		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Ort	Telefonnummer
E-post		

VÄND

Funktionsnedsättning

TELEFON 0321-59 50 00 (vx) E-POST funktionsnedsattning@ulricehamn.se
BESÖKSADRESS Hestervägen 3 POSTADRESS 523 86 Ulricehamn
WEBB ulricehamn.se FACEBOOK facebook.com/ulricehamnskommun

ULRICEHAMNS KOMMUN

Ansökan om insatser enligt LSS

Jag vill ansöka om följande insats/insatser

☐ Personlig assistans
För dig som har stora och varaktiga funktionsnedsättningar och som behöver hjälp med exempelvis andning, personlig hygien, måltider, av- och påklädning, kommunikation, förebygga skada på grund av en psykisk funktionsnedsättning eller löpande stöd till följd av ett medicinskt tillstånd.

☐ Ledsagarservice
För dig som behöver stöd att ta dig ut ur din bostad och delta i samhällslivet på grund av exempelvis svårigheter att förflytta sig, att orientera sig eller motivera sig till att vistas bland okända människor.

☐ Kontaktperson
För dig som saknar eller har ett mycket begränsat socialt nätverk och som vill ha hjälp att komma ut i nya sociala sammanhang. En kontaktperson är en medmänniska som kan följa med ut i samhället.

☐ Avlösarservice i hemmet
För dig som får mycket stöd av en anhörig. En avlösare kan då komma hem till dig och avlösa de anhöriga i omvårdnadsarbetet för att de till exempel ska kunna gå hemifrån, vila eller spendera tid med övriga barn i hushållet.

☐ Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
För dig som är i behov av miljöombyte eller som får mycket stöd av en anhörig som då behöver avlösas i omvårdnadsarbetet. Korttidsvistelse kan också beviljas om du ska flytta hemifrån och behöver öva på att bli mer självständig från dina föräldrar.

☐ Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
För dig som är över 12 år och behöver en trygg plats att vara på (fritids) före och efter skolan och under lov medan dina föräldrar arbetar.

☐ Bostad med särskild service för barn och ungdom
För dig med omfattande funktionsnedsättningar som gör att du inte kan bo hemma med dina föräldrar.

☐ Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
För dig som behöver bo i en bostad med tillgång till personal under stor del av dygnet till följd av omfattande omvårdnads- och/eller tillsynsbehov. Behov av omvårdnad avser exempelvis stöd att förflytta sig, att interagera med andra, sköta sin personliga vård eller strukturera sin vardag.

☐ Daglig verksamhet
För dig som tillhör personkrets 1 eller 2 enligt 1 § LSS, som är i yrkesverksam ålder och som är i behov av en daglig sysselsättning. För att ha rätt till insatsen ska du sakna arbete eller annan daglig sysselsättning så som exempelvis studier.

☐ Jag vet inte. Jag vill prata med en LSS-handläggare om insatser.

VÄND

Funktionsnedsättning

TELEFON 0321-59 50 00 (vx) E-POST funktionsnedsattning@ulricehamn.se
BESÖKSADRESS Hestervägen 3 POSTADRESS 523 86 Ulricehamn
WEBB ulricehamn.se FACEBOOK facebook.com/ulricehamnskommun

ULRICEHAMNS KOMMUN

Ansökan om insatser enligt LSS

Funktionsnedsättning/diagnos

Beskriv kort funktionsnedsättningen

Jag bifogar intyg/utlåtande från

☐ Läkare ☐ Psykolog ☐ Arbetsterapeut ☐ Annan: _____

Vad behöver du stöd med?

Beskriv kort vilket stöd du behöver, exempelvis att sköta min hygien, att skaffa vänner, att förflytta mig.

Jag har behov av tolk

☐	Ja	Språk
☐	Nej	

Samtycke

Jag ger mitt samtycke till att uppgifter som är nödvändiga för bedömningen av min ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, hälso- och sjukvården, skolan samt socialtjänsten.			
☐	Ja	☐	Nej

VÄND

Funktionsnedsättning

TELEFON 0321-59 50 00 (vx) E-POST funktionsnedsattning@ulricehamn.se
BESÖKSADRESS Hestervägen 3 POSTADRESS 523 86 Ulricehamn
WEBB ulricehamn.se FACEBOOK facebook.com/ulricehamnskommun

ULRICEHAMNS KOMMUN

Ansökan om insatser enligt LSS

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är korrekta och sanningsenliga.
Jag vet om att jag är skyldig att omgående meddela LSS-handläggare om ändrade förhållanden som kan påverka mitt beslut, exempelvis att mitt behov tillgodoses på annat sätt eller om jag inte längre har behov av stöd.

Sökande / God man / Förvaltare / Ombud / Vårdnadshavare 1*

_____

Namnförtydligande	Ort och datum

Vårdnadshavare 2*

_____

Namnförtydligande	Ort och datum

* vid ansökan för barn behöver båda vårdnadshavarna skriva under

Dina uppgifter behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR). Uppgifterna registreras i vårt datasystem och används för hanteringen av din ansökan. Du har rätt att ta del av de uppgifter som registreras om dig. Kontakta då din handläggare.

Du kan läsa mer om hur vi behandlar dina personuppgifter på ulricehamn.se/om-webbplatsen/personuppgifter/

Vid frågor kan du kontakta personuppgiftsansvarig på e-post: kommun@ulricehamn.se

Funktionsnedsättning

TELEFON 0321-59 50 00 (vx) E-POST funktionsnedsattning@ulricehamn.se
BESÖKSADRESS Hestervägen 3 POSTADRESS 523 86 Ulricehamn
WEBB ulricehamn.se FACEBOOK facebook.com/ulricehamnskommun

ULRICEHAMNS KOMMUN