



Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postadress och ort
Personnummer	Telefonnummer
E-post	

Uppgifter om eventuell företrädare för den sökande. *Bifoga ställföreträdarskap eller fullmakt.*

- ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Vårdnadshavare ☐ Ombud ☐ Framtidsfullmaktshavare
☐ Behörig anhörig enl. föräldrabalken

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postadress och ort
Telefonnummer	E-post

Har du behov av tolk?

- ☐ Nej ☐ Ja

Om du har behov av tolk, ange vilket språk:

Vad behöver du stöd med?

Vad är det som gör att du söker det här stödet?

Beskriv kortfattat om du har några sjukdomar eller funktionsnedsättning.

Vad ansöker du om?

☐ Personlig assistans alternativt ekonomiskt stöd för sådan assistans	☐ Korttidstillsyn för skolungdom
☐ Förhandsbesked	☐ Boende i familjehem eller bostad med särskilt service för barn/ungdom
☐ Ledsagarservice	☐ Bostad med särskild service för vuxna
☐ Kontaktperson	☐ Daglig verksamhet
☐ Avlösarservice i hemmet	☐ Boendestöd enligt socialtjänstlagen
☐ Korttidsvistelse utanför hemmet	

Intyg

För att kunna ha rätt till insatser enligt LSS behöver du tillhöra någon av de tre personkretsarna. Du behöver bifoga din ansökan med senaste läkarintyg och eventuell psykologutredning som intygar dina diagnoser och beskriver din funktionsnedsättning.

Medgivande att inhämta uppgifter

För att vi ska kunna hantera din ansökan kan vi ibland behöva uppgifter från andra myndigheter. Vi ber därför om ditt medgivande för att kunna hämta de uppgifter som behövs. Du kan ta tillbaka ditt medgivande när du vill.

Medgivande

☐ JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänst, sjukvården eller andra myndigheter.

☐ NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation.

Om ja, ange vilka

För- och efternamn	Aktör
E-post	Telefonnummer

Kontakt

Godkänner du att vi vid behov har kontakt med en anhörig för att få information om ditt ärende?

☐ Ja ☐ Nej

Om ja, ange anhörig

Förnamn	Efternamn
E-post	Telefonnummer

Underskrift

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Jag medger att mitt ärende med personuppgifter får registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering. För mer information om hur dina uppgifter behandlas, se Mölndals stads webbplats www.molndal.se/personuppgift.

Jag som gör den här ansökan är

- ☐ Den sökande ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Vårdnadshavare ☐ Ombud
☐ Framtidsfullmaktshavare ☐ Behörig anhörig enl. föräldrabalken

Ort och datum
Namnunderskrift

Jag önskar få en bekräftelse via sms när min ansökan är mottagen.

☐ Ja	☐ Nej	Mobilnummer
☐ Sms	☐ E-post	E-post

Ansökan skickas till:

Vård- och omsorgsförvaltningen
Myndighet
Göteborgsvägen 7
43182 Mölndal