



GISLAVEDS
KOMMUN

Ansökan om insatser enligt LSS

Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan avser

Namn	Personnummer
Adress	Telefon
E-post	

Jag ansöker om

- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet

Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare.

Behöver du tolk vid kontakt med en handläggare?

Ja vilket språk? _____

Jag bifogar

- Läkarintyg
- Psykologutlåtande
- Omdöme från arbetsterapeut
- Annat

Var god vänd! 

Jag/vi medger att uppgifter som är nödvändiga får inhämtas för bedömning av rätt till sökt insats.

Jag gör ansökan för egen del

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

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

<input type="checkbox"/> God man, bifoga kopia på förordnandet
<input type="checkbox"/> Förvaltare, bifoga kopia på förordnandet
<input type="checkbox"/> Ensam vårdnadshavare
<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnadshavare, två underskrifter

Datum	Underskrift
E-post	Namnförtydligande
Telefonnummer	Adress

Datum	Underskrift
E-post	Namnförtydligande
Telefonnummer	Adress

Ansökan skickas till:

Gislaveds kommun, Socialförvaltningen, 332 80 Gislaved

För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras.
För fullständig information se www.gislaved.se/gdpr.