

Ansökan om insatser enligt 9 § LSS, lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

Sökande

För- och efternamn	Personnummer
Adress	Postnummer, Ort
Telefonnummer	Mobilnummer
E-postadress	

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> 9 § 2. Personlig assistent/ekonomiskt medel för personlig assistans
<input type="checkbox"/> 9 § 3. Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9 § 4. Kontaktperson
<input type="checkbox"/> 9 § 5. Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § 6. Korttidsvistelse utanför hemmet (korttidsboende, stödfamilj, läger)
<input type="checkbox"/> 9 § 7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (fritids)
<input type="checkbox"/> 9 § 8. Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 9 § 9. Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § 10. Daglig verksamhet

Ansökan avser omfattning

Till exempel timmar, dygn per vecka eller månad samt typ av boendeform eller korttidsvistelse.
<input type="checkbox"/> Bifogas: Läkarintyg
<input type="checkbox"/> Bifogas: ADL status
<input type="checkbox"/> Bifogas:

Vänd

SOCIALFÖRVALTNINGEN ENHETEN FÖR BISTÅND OCH STÖD

POSTADRESS

Gislaveds kommun
332 80 Gislaved

BESÖKSADRESS

Stationsallén 5 A
Gislaved

TELEFON/FAX

0371-810 00
0371-106 30

E-POST/WEBB

kommunen@gislaved.se
gislaved.se

ORGANISATIONSNR

212000-0514

GIRO

Bankgiro 426-7225

Samtycke

Härmed samtycker jag till att de uppgifter som krävs för bedömning av detta ärende inhämtas från:

 Sjukvården: Försäkringskassan: Socialtjänsten/IFO: Barnomsorg/skola: Anhörig: Annan:

Restriktioner:

 Den sökande/ställföreträdare godkänner att utredning får göras

Datum/ort

Underskrift

Behjälplig med ansökan: (namn och tel.) _____

Om annan än sökande själv, sätt kryss i lämplig ruta:

 God man Förvaltare Vårdnadshavare,
ensam vårdnad Vårdnadshavare, gemensam
vårdnad (två underskrifter) Ombud via
fullmakt

Datum/ort

Underskrift

Underskrift

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Telefon

Telefon

E-post

E-post

Har behov av tolk Nej Ja Ange språk:

Ansökan skickas till: Enheten för bistånd och stöd, Gislaveds kommun, 332 80 Gislaved**Personuppgiftslagen**

Dina personuppgifter används för att behandla din ansökan. Alla ansökningar behandlas med hjälp av informationsteknik (IT). Om du vill ha ytterligare information om hur dina personuppgifter hanteras är vi tacksamma för skriftliga förfrågningar som skickas till Gislaveds kommun, Socialförvaltningen, 332 80 Gislaved

SOCIALFÖRVALTNINGEN ENHETEN FÖR BISTÅND OCH STÖD

POSTADRESS

Gislaveds kommun
332 80 Gislaved

BESÖKSADRESS

Stationsallén 5 A
Gislaved

TELEFON/FAX

0371-810 00
0371-106 30

E-POST/WEBB

kommunen@gislaved.se
gislaved.se

ORGANISATIONSNR

212000-0514

GIRO

Bankgiro 426-7225