



När du gör ansökan innebär det att uppgifterna kommer att registreras. Uppgifterna behandlas enligt de regler som finns i personuppgiftslagen (PUL), eller med stöd av speciallagstiftning.

Personuppgifter

Namn	
Personnummer	
Adress	Postnr och ort
Telefon	E-post

Jag ansöker om

<input type="checkbox"/> Personlig assistens , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Kontaktperson , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service/familjehem för barn och unga , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Individuell plan , beskriv kort vad du vill ha hjälp med
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked avseende någon av ovanstående insatser enligt LSS (kryssa även i aktuell insats)

**Aktuell situation (Beskriv funktionsnedsättning m.m., var specifik)**

Samtycke

I och med att ansökan undertecknas, samtycker jag till att kontakter vid behov tas med:

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling | <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Sjukvården |
| <input type="checkbox"/> Psykiatri | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> Skolan |

Underskrift

Ort och datum	
Sökande	Namnförtydligande
Vårdnadshavare/God man/ställföreträdare	Vårdnadshavare/God man/ställföreträdare
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Båda vårdnadshavarna måste underteckna ansökan om insatser till barn under 18 år. Till ansökan ska bifogas aktuellt läkarutlåtande för att bedömning ska kunna göras om rätten till insatser.

Ansökan skickas till
Funktionshinderomsorgen
Biståndsenheten
Socialförvaltningen
Säffle kommun
667 80 SÄFFLE



SÄFFLE KOMMUN

BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT LSS

SÄFFLE KOMMUN

Postadress
Socialnämnden
661 80 Säffle

Besöksadress
Industrigatan 10

Telefon 0533-68 16 95
Fax 0533-412 51
E-post social@saffle.se

Organisationsnr 212000-1900
Bankgiro 294-7935
PlusGiro