



Den här blanketten är till för dig som vill ansöka om insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

## Ansökan gäller

\*obligatoriska uppgifter i ansökan

Ansökan gäller följande insats/insatser: \*

- Personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader. (9 §2)
- Ledsagarservice (9 §3)
- Kontaktperson (9 §4)
- Avlösarservice i hemmet (9 §5)
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 §6)
- Korttidsstillsyn för skolgång över 12 år (9 §7)
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom (9 §8)
- Bostad med särskild service för vuxen (9 §9)
- Daglig verksamhet (9 §10)

Som tillägg till insats enligt LSS kan du ansöka om individuell plan för samordning av beslutade och planerade insatser.

- Jag önskar en individuell plan för samordning av beslutade och planerade insatser

Planerar du att flytta till Stenungsund kommun kan du ansöka om ett förhandsbesked om vilka LSS-insatser som du kan beviljas i Stenungsunds kommun innan du flyttar hit. Ansökan om förhandsbesked behandlas av kommunen som om du redan var bosatt i kommunen.

- Ansökan avser förhandsbesked

## Sökande - uppgifter om den person som ansökan gäller

För- och efternamn \*

Personnummer \*

Adress \* (gatu/väg, postnummer och ort)

Telefon \*

E-postadress

## Beskrivning

Det här funktionshindret har jag/sökande: \*

Det här behöver jag/sökande hjälp och stöd med: \*

- Jag begär insatsen för egen del
- Jag som begär insatsen är vårdnadshavare
- Jag som begär insatsen är god man/ förvaltare. Observera att ett registerutdrag måste bifogas.

**Företrädare för den sökande** — fyll inte i om du söker för egen del

För- och efternamn
Personnummer
Adress (gatu/väg, postnummer och ort)
Telefon
E-postadress

Vårdnadshavare 2: Om två vårdnadshavare finns behöver båda fylla i sina uppgifter.

För- och efternamn
Personnummer
Adress (gatu/väg, postnummer och ort)
Telefon
E-postadress

**Vänligen fortsätt på sida 3**  
Sida 2/3

**Uppgifter från andra myndigheter \*** - för att kunna ta hand om ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. För detta behövs sökandes tillåtelse.

Jag tillåter att ni får hämta upplysningar om mig/sökande hos Försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården, annan myndighet eller annan hos kommunen.

Ja     Nej

## Bifogade dokument

Jag bifogar följande dokument med ansökan:

- Läkarityg (ska alltid bifogas om eventuell diagnos finns)
  - Psykologutlåtande (ska alltid bifogas om eventuell diagnos finns)
  - Intyg från leg. Arbetsterapeut (ska alltid bifogas vid ansökan om personlig assistans)
  - Annat intyg (beskriv nedan)
- 

## Underskrift sökande/företrädare\*

Datum och ort *
Underskrift Sökande /Företrädare *
Namnförtydligande *
Underskrift- vårdnadshavare 2
Namnförtydligande

### Information om personuppgiftshantering

De personuppgifter du lämnar kommer att registreras i vårt ärendehanteringssystem. Registreringen görs för att vi ska kunna hantera din ansökan. Vi kommer hantera dina personuppgifter i enighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Du har alltid rätt att begära ut vilka uppgifter som finns registrerade på dig, få uppgifter raderade samt att få rättelse om något är felaktigt. Läs mer på: [www.stenungsund.se/personuppgifter](http://www.stenungsund.se/personuppgifter)

**Skicka ansökan till:** Stenungsunds kommun, Biståndsenheten, Strandvägen 15, 444 82 Stenungsund

### Ansökan har mottagits muntligt (fylls i av kommunen)

Muntlig ansökan togs emot av.	Datum:
Underskrift:	Befattning: