

Ansökan

Om insatser enligt 9 § LSS

LSS – Lagen om Stöd och Service till vissa funktionsnedsatta

Fylls i och skickas till:

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje
Box 801
761 28 Norrtälje

Ansökan avser

Namn:	Personnummer:	Telefonnummer:
Adress:	Postnummer och ort:	
E-post:		

Jag ansöker om

- Biträde av personlig assistent (9 § 2)
- Ledsagarservice (9 § 3)
- Biträde av kontaktperson (9 § 4)
- Avlösarservice i hemmet (9 § 5)
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 § 6)
- Korttillsyn för skolungdom över 12 år (9 § 7)
- Familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad (9 § 9)
- Daglig verksamhet (9 § 10)

<input type="checkbox"/> Ansökan avser förhandsbesked vid inflyttning till Norrtälje kommun	Datum för inflytt:
---	--------------------

Personuppgifter som är av betydelse vid utredning och bedömning av ansökan kan komma att registreras, uppgifterna används för diarium, handläggning av ärende samt statistik och arkivering. Personuppgiftsansvarig är: kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje. Box 801, 761 28 Norrtälje. Som registrerad har du rätt till att en gång per år efter skriftlig begäran få information om vilka personuppgifter som behandlas hos oss. Uppgifter som på något sätt är felaktiga, missvisade eller ofullständiga rättas på begäran av den registrerade.

Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje

Beskrivning av funktionsnedsättning/diagnos(er)

--

Aktuell situation/behov av stöd

--

Jag har god man: Ja Nej

Jag har förvaltare: Ja Nej

Min gode man/förvaltare/vårnadsdavare

Namn:	Telefon bostad:	Telefon arbete:	Mobiltelefon:
Adress:	Postnummer och ort:		
Namn:	Telefon bostad:	Telefon arbete:	Mobiltelefon:
Adress:	Postnummer och ort:		

Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av detta ärende vid behov får inhämtas enligt 10 kap 1 § offentlighets- och sekretesslagen från

- | | | | | |
|--|---|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> BUP | <input type="checkbox"/> Psykiatri | <input type="checkbox"/> Sjukvården | <input type="checkbox"/> Skola |
| <input type="checkbox"/> Habiliteringscenter | <input type="checkbox"/> Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> Annan: | | |

Underskrift av sökande/företrädare

Ort och datum:	
Underskrift:	Namnförtydligande:
Underskrift:	Namnförtydligande:
Behjälplig vid upprättandet:	Namnförtydligande:
	Telefon (även riktnummer):
Utdelningsadress:	Postnummer och ort: