



Ansökan enligt LSS

Enligt Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Till ansökan bifogas nödvändiga intyg såsom läkarintyg och/eller psykologutlåtande.

Ansökan lämnas i receptionen eller postas till:

Nynäshamns Kommun

Myndigheten för äldre och funktionshinder

149 81 Nynäshamn

Personuppgifter

För- och efternamn	
Personnummer	Skyddad identitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nej
Adress	Postadress och ort
Telefon	E-post

Behjälplig med ansökan

När den som är behjälplig även företräder den enskilde skall fullmakt bifogas, registerutdrag om ställföreträderskap vid god man/förvaltare

Anhörig/Närstående Fullmaktshavare Vårdnadshavare God man Förvaltare

För- och efternamn	
Adress	Postadress och ort
Telefon:	E-post:

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Personlig assistans (9 § 2)	<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet (9 § 5)	<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice (9 § 3)	<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet (9 § 10)	<input type="checkbox"/> Boende med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9)
<input type="checkbox"/> Kontaktperson (9 § 4)	<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 § 7)	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (9 § 6)

Markera om ansökan avser

10 § Begäran om individuell plan (gäller dig som redan beviljats insatser enligt LSS).

16 § Förhandsbesked (gäller dig som bor i en annan kommun).

Vad behöver du stöd med?

Berätta kort om din situation och din funktionsnedsättning.

Samtycke och underskrift

- Jag som sökande samtycker till att kontakt får tas med andra handläggare eller myndigheter samt den person som varit behjälplig med ansökan för att inhämta nödvändiga uppgifter för att kunna genomföra en personkretsbedömning och behovsbedömning beträffande detta ärende.

Uppgifter får inhämtas från:

	Kommentar	Medger	Medger inte
Anhöriga		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hälso- och sjukvård såsom vårdcentral, psykiatri etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetsförmedling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan myndighet såsom skola		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Försäkringskassan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övrig:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Jag som sökande samtycker till att grundläggande uppgifter kring ett eventuellt bifall får lämnas till utförare av insatsen. Information som är aktuellt är namn, personnummer, målsättning, beslut.

Dina uppgifter registreras

De uppgifter som du lämnar i blanketter eller e-tjänster registreras av oss på Nynäshamns kommun och sparas i datasystem. Registreringen görs för att kommunen eller kommunens underleverantör ska kunna fullgöra sin skyldighet gentemot dig eller den tjänsten det berör. Registreringen kan också säkra information som är av livsavgörande betydelse.

Uppgifterna behandlas med stöd enligt artikel 6.1 punkt b i kommande dataskyddsförordningen (GDPR). Uppgifterna kommer att sparas så länge de behövs i verksamheten. Vill du veta exakt hur länge de sparas kan du vända dig till kommunens kontaktcenter som tar kontakt med dataskyddsombudet eller personuppgiftsansvarig. Om du är missnöjd med hur Nynäshamns kommun behandlar personuppgifter om dig har du möjlighet att lämna klagomål till Datainspektionen. För mer information om dataskydd, se Datainspektionens webbplats.

Underskrift sökande eller ombud

Datum	_____	Namnförtydligande
	Namnsteckning	

Underskrift vårdnadshavare

Om personen är under 18 år ska samtliga vårdnadshavare skriva under.

Datum	_____	Namnförtydligande
	Vårdnadshavare	
Datum	_____	Namnförtydligande
	Vårdnadshavare	