



SOCIALFÖRVALTNINGEN

Ansökan

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

Personuppgifter

Ansökan avser	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
telefonnummer	E-post

Ansökan görs av:

Namn	Titel (ex. vårdnadshavare, förvaltare, god man e.c.t.)
Adress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-post

Markera vad ansökan avser:

- 9 § 2 p. Personlig assistans
- 9 § 3 p. Ledsagarservice
- 9 § 4 p. Kontaktperson
- 9 § 5 p. Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 p. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 p. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9 § 8 p. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9 § 9 p. Boende med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9 § 10 p. Daglig verksamhet

Var god vänd! →

Ansökan skickas till Socialförvaltningen, 149 81 Nynäshamn. Växel 08-520 680 00.

Markera om ansökan avser:

- 10 § Begäran om individuell plan (gäller dig med redan som är beviljas insatser enligt LSS).
- 16 § Förhandsbesked (gäller dig som bor i en annan kommun).

Berätta kort om din situation och din funktionsnedsättning. Vad behöver du stöd med?

Medgivande

Härmed medger jag att nödvändiga uppgifter för personkretsbedömning och behovsbedömning beträffande detta ärende får hämtas från:

	Medger	Medger ej	Kommentar
Anhöriga			
Hälso- och sjukvården (ex. vårdcentralen, psykiatri e.c.t.)			
Arbetsförmedlingen			
Annan myndighet (ex. skola, ekonomiskt bistånd e.c.t.)			
Försäkringskassan			
Övrigt			

Till denna ansökan ska läkarintyg och/eller psykologutlåtande bifogas.

Datum	Underskrift

Den ansökan avser och/eller dess ombud ska skriva under ansökan. Är personen under 18 år ska samtliga vårdnadshavare skriva under.

Ansökan skickas till Socialförvaltningen, 149 81 Nynäshamn. Växel 08-520 680 00.