



## Ansökan om insats enligt LSS –

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	E-postadress

### Jag ansöker om:

#### Insatser enligt LSS § 9

- Biträde av personlig assistent
- Biträde av kontaktperson
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Avlösare i hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna
- Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

#### Insats enligt LSS § 10      Insats enligt LSS § 16

- Individuell plan
- Förhandsbesked (avser sökande bosatt i annan kommun)

### Jag behöver hjälp med


### Mina funktionshinder är


### Praktisk situation (hur fungerar vardagen?)


**Sökande är:**

Personen själv     God man/förvaltare     Vårdnadshavare (För barn/ungdom 0-18 år)

**Underskrift (gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare skriva under)**

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Skicka din ansökan till: Valdemarsviks kommun, Sektor Stöd och Omsorg,  
615 80 Valdemarsvik

**Medgivande:**

Jag medger att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter för bedömning av mitt ärende.

Jag medveten om att mina personuppgifter som jag lämnar i min ansökan registreras, lagras och bearbetas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). I och med Din ansökan kommer Dina personuppgifter att registreras för handläggning av ärende. Om Du vill ha information om vilka uppgifter som finns registrerade om Dig eller hur uppgifterna används bör Du meddela oss skriftligt.

**Underskrift (gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare skriva under)**

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

**Mottaget av:**

Namn	Datum
Befattning	