



## ANSÖKAN OM INSATS ENLIGT LAGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE (LSS)

Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

### Sökande

Sökande, namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)	
Telefon mobil	E-postadress	

### Företrädare (Vårdnadshavare/God man/Förvaltare)

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)	
Telefon mobil	E-postadress	

### Funktionshinder och eventuell diagnos (kort beskrivning)

--

### Vid ansökan om personlig assistans, beskriv följande hjälpbehov och gör en timberäkning av hjälpbehovet per vecka

Personlig hygien
Måltider
På och avklädning
Kommunicering med andra
Annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om dig som funktionshindrad
Din timberäkning av hjälpbehovet per vecka, antal timmar

**Postadress**  
Falkenbergs kommun  
Socialförvaltning  
311 80 Falkenberg  
Falkenberg 1021 Utgåva 01 2004.03 www.formpipe.se

**Besöksadress**  
Storgatan 27

**Telefon**  
0346-88 60 00 eller direktnummer

**E-postadress**  
social@falkenberg.se  
**Internetadress**  
www.falkenberg.se

**Vid ansökan om andra insatser, beskriv ditt hjälpbehov gärna över ett helt dygn**

Funktionshinder
Tilläggs-handikapp
Tillsynsbehov - självständighet

**Resurser**

Beskriv hur du löser din situation idag
---

**Insats/Insatser som begärs enligt 9 § LSS**

<input type="checkbox"/> Personlig assistans
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice <input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösare i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet: (Stödfamilj/korttidshem/annat) <input type="checkbox"/> Ange det alternativ som begäran avser
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna: bostad med särskild anpassad service, servicebostad, gruppboende <input type="checkbox"/> Ange det alternativ som begäran avser
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet
Uppbär ni vårdbidrag eller handikappsersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag/Vi godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvideras från försäkringskassa, landsting och annan kommun/kommundel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Namnteckning**

Ort och datum
Sökande, namnteckning <input type="checkbox"/> Namnförtydligande <input type="checkbox"/>

**Namnteckning (Behjälplig vid upprättandet)**

Ort och datum	Telefon (även riktnummer)
Namnteckning <input type="checkbox"/>	Namnförtydligande <input type="checkbox"/>

Återsänd ifyllt ansökan till LSS-handläggaren i Falkenbergs kommun.

**Postadress**

Falkenbergs kommun  
Socialförvaltning  
311 80 Falkenberg  
Falkenberg 1021 Utgåva 01 2004.03 www.formpipe.se

**Besöksadress**

Storgatan 27

**Telefon**

0346-88 60 00 eller direktnummer

**E-postadress**

social@falkenberg.se

**Internetadress**

www.falkenberg.se