



Personuppgifter

Efternamn och förnamn		Personnummer
Adress (utdelningsadress)		Telefon
Postnummer och ort	e-post	

Kryssa för den insats du vill ansöka om

<input type="checkbox"/> 9 § 2 LSS Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans
<input type="checkbox"/> 9 § 3 LSS Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9 § 4 LSS Kontaktperson
<input type="checkbox"/> 9 § 5 LSS Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § 6 LSS Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § 7 LSS Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9 § 8 LSS Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 9 § 9 LSS Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § 10 LSS Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder
<input type="checkbox"/> 16 § LSS Förhandsbesked

Beskriv din funktionsnedsättning

Beskriv ditt/dina hjälpbehov

Insatser från annan myndighet

Har du pågående eller ansökta insatser från Försäkringskassan ?	Har du pågående eller ansökta insatser från Råd och stöd i landstinget ?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej:
Om ja, vilken insats?	Om ja, vilken insats?

Annat språk än svenska

Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk:
-------------------------------------------------------------------------	--------

Har någon hjälpt dig med ansökan? Om ja, fyll i uppgifterna nedan.

<input type="checkbox"/> Ja, vårdnadshavare/förmyndare	<input type="checkbox"/> Ja, god man/förvaltare	<input type="checkbox"/> Ja, annan
Namnteckning	Namnförtydligande	
Utdelningsadress	Postnummer och postort	
E-post	Telefon	

Behandling av personuppgifter

De personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer Solna stad att använda för att behandla din ansökan om insatser enligt LSS. Dina uppgifter kommer att behandlas i kommunens datasystem i enlighet med Personuppgiftslagen (PuL) (1998:2014). Om du önskar få information om vilka personuppgifter vi har sparat om dig, kan du skicka en skriftlig begäran till Solna stad, omvårdnadsnämnden, 171 86 Solna.

Medgivande

För att en korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva inhämta uppgifter från t.ex. Försäkringskassan, landstinget, socialtjänsten eller från annan nämnd i Solna stad. Jag medger att LSS-handläggare under utredningen efter överenskommelse får ta kontakt och inhämta uppgifter som är viktiga för utredningen och bedömningen:

Ja Nej

Underskrift

Namnteckning	Ort datum
Namnförtydligande	

Intyga din funktionsnedsättning

Till denna ansökan behöver du bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnos/er framgår. Det kan vara läkarintyg eller ett psykologutlåtande.

Blanketten skickas till:
Solna stad,
omvårdnadsförvaltningen,
LSS, Plan 5,
171 86 Solna