

## VÅRD OCH OMSORG

## Ansökan om insats

enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

## Sökande

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	
Epost	Telefonnummer

- Jag begär förhandsbesked enligt § 16  
Sätt ett kryss i rutan om du vill ansöka om förhandsbesked, gäller för dig som har en annan hemkommun än Höors kommun. Tänk på att du bara kan ansöka om förhandsbesked i en kommun åt gången.
  
- Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare

## Jag ansöker om följande insats:

- Biträde av personlig assistent 9 § 2 LSS
- Ledsagarservice 9 § 3 LSS
- Biträde av kontaktperson 9 § 4 LSS
- Avlösarservice i hemmet 9 § 5 LSS
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet 9 § 6 LSS
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år 9 § 7 LSS
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom 9 § 8 LSS
- Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS
- Daglig verksamhet 9 § 10 LSS

VÅRD OCH OMSORG

**Funktionsnedsättning (kort beskrivning):**

---

---

**Jag bifogar följande underlag**

- Läkarintyg  Psykologutlåtande  Intyg från arbetsterapeut  
 Annat intyg/utlåtande  Lämnas senare

**Beskriv kort anledning till ansökan:**

---

---

**Är du i behov av kommunikationsstöd (om ja, vilket?):**

---

**Övrigt?**

---

---

**Medgivande**

Den sökande godkänner att upplysningar som behövs för utredningen får inhämtas från Försäkringskassan, Socialtjänsten, BUP, Habiliteringen eller Region Skåne. Jag kan återkalla mitt medgivande när jag så önskar.

Ja           Nej

## VÅRD OCH OMSORG

**Ansökan görs av:**

Sökande  vårdnadshavare  förvaltare  god man  Ombud enligt fullmakt

*Obs! Om du har legal företrädare skall kopia av "registerutdrag om ställföreträdarskap" bifogas*

**Underskrift**

Datum och ort: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epost: \_\_\_\_\_

Gäller ansökan minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under

Datum och ort: \_\_\_\_\_

Namnteckning: \_\_\_\_\_

Namnförtydligande: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Epost: \_\_\_\_\_

**Ansökan skickas till:**

**Höors kommun, Social sektor, LSS-handläggare, Box 53, 243 21 HÖÖR**

**Information enligt dataskyddsförordningen, GDPR.**

Höors kommun är personuppgiftsansvarig för de uppgifter du lämnar till oss. Vid handläggningen av ditt ärende registreras och behandlas vid behov ditt personnummer och andra kontaktuppgifter i kommunens ärendehanteringssystem. Vi behöver registrera dina personuppgifter för att kunna fullgöra våra åtaganden gentemot dig. Personuppgiftsansvarig nämnd är Socialnämnden.

Du har rätt att en gång per kalenderår få information om hur dina personuppgifter behandlas. Upptäcker du att en personuppgift är felaktig och behöver rättas eller önskar du mer information om hur dina personuppgifter används ber vi dig kontakta oss. Du når vårt Dataskyddsbud på [informationsakerhet@hoor.se](mailto:informationsakerhet@hoor.se).