



## Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

### Sökande\*

Namn	Personnummer
Adress	Telefon bostad
Postnummer och ort	Telefon arbete/mobiltelefon

### Beskrivning

Funktionsnedsättning (kort beskrivning)
Behöver hjälp med
Klarar på egen hand
Hjälp behövs under följande tider (t ex under ett dygn, en vecka eller en månad)
Övrigt

\*Vid eventuell fakturering kan avgift för betalningspåminnelse och dröjsmålsränta tas ut. Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan databehandlas för administration av ärendet. Ändamålet är därför att handlägga, administrera, utöva tillsyn och i förekommande fall avgiftsdebitera ansökningar/ärenden inom nämndens ansvarsområde. Behandling sker enbart för dess ändamål och uppgifterna kommer inte att lämnas ut till någon annan. Information om registrerade personuppgifter lämnas efter skriftlig begäran ställd till Personuppgiftsansvarig, Oxelösunds kommun, Vård- och Omsorgsnämnden, 613 81 Oxelösund. Vill Du begära rättelse av felaktig eller missvisande uppgift kan Du vända dig till samma adress eller ringa 0155-380 00.



## Kryssa i den insats du ansöker om

- Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
- Individuell plan
- Förhandsbesked om rätt till ovan söka insatser (gäller sökande från annan kommun)

## Vid ansökan om personlig assistent

- Jag vill ha assistanssamordnare
- Jag vill själv vara arbetsgivare
- Jag vill att kommunen har arbetsgivaransvaret

## Medgivande och underskrift

Den sökande godkänner att utredning får göras, dokumenteras och att vid behov kontakt får tas med landsting, skola, barnomsorg, socialkontor, Försäkringskassan eller andra berörda myndigheter

Datum	Namnförtydligande
-------	-------------------

Underskrift

## Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande		
Gatuadress	Telefon (även riktnr)		
Postnummer	Postort		
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Annan: _____

Blanketten skickas till: Oxelösunds kommun, Vård och omsorg, 613 81 Oxelösund