



Personuppgifter

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

Kryssa för den insats du vill ansöka om

- 9 § 2 – Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans,
- 9 § 3 – Ledsagarservice
- 9 § 4 – Biträde av kontaktperson
- 9 § 5 – Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 – Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 – Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9 § 8 – Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn eller ungdomar
- 9 § 9 – Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9 § 10 – Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder
- 16 § – Förhandsbesked

Beskriv din funktionsnedsättning

Beskriv ditt behov av hjälp

Insatser från annan myndighet

Har du pågående eller ansökta insatser från Försäkringskassan ?	Har du pågående eller ansökta insatser från Råd och stöd i regionen ?
<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

Behöver du 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
Namnsteckning	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. Uppgifter om dig kommer att behandlas i omvårdnadsförvaltningens dataregister enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Uppgifterna är skyddade enligt gällande sekretesslagar. Om du vill veta vilka uppgifter som finns om dig eller om du vill rätta något är du välkommen att begära det skriftligt.

Medgivande

Genom min ansökan samtycker jag till att informationsöverföring får ske mellan myndighetsavdelningen och utförare av insats. För att korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva inhämta uppgifter från till exempel Försäkringskassan, landstinget, socialtjänsten eller 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.

Jag godkänner att min handläggare under utredningen får ta kontakt och inhämta uppgifter om mig.

Ja Nej

Underskrift

Jag intygar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är riktiga och fullständiga. Jag medger att nödvändiga uppgifter om min situation får lämnas till utföraren av mina insatser, för att insatserna ska kunna genomföras tryggt och säkert. Jag medger också att omvårdnadsförvaltningen får ta del av den sociala dokumentationen från utföraren för att säkerställa god kvalitet

Namnsteckning	Ort datum
Namnförtydligande	

Intyga din funktionsnedsättning

Till din ansökan behöver du bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnoser framgår. Det kan vara läkarintyg eller ett utlåtande från en psykolog.