



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

För att kunna utreda dina behov och samordna stöd insatser på ett bra sätt behöver vi information om dig och din situation. Omvårdnadsförvaltningen kan därför behöva inhämta sekretesskyddade uppgifter som rör dig från andra myndigheter, vårdmottagningar etc. Vi kan också behöva lämna ut uppgifter som rör dig till andra för att möjliggöra samverkan.

Primärvård Habilitering Psykiatri Arbetsförmedlingen

Socialförvaltningen i Solna Försäkringskassan Skola, -förskola och fritidsverksamhet

Jag medger att omvårdnadsförvaltningen får utbyta information med ovan nämnda verksamheter samt att förvaltningen får lämna nödvändiga uppgifter om mig till utföraren av insats och ta del av social dokumentation. Du kan när som helst ta tillbaka ditt samtycke. Det gör du genom att kontakta din handläggare på myndigheten.

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.