



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/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
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. De personuppgifter som du lämnar till omvårdnadsförvaltningen kommer att behandlas i förvaltningens dataregister enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Uppgifterna är skyddade enligt gällande sekretesslagar. Om du önskar få information om vilka uppgifter om din person som omvårdnadsförvaltningen behandlar eller om du önskar rättelse är du välkommen att begära det skriftligt.

Medgivande

För att en korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva inhämta uppgifter från t.ex. Försäkringskassan, regionen, 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:
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Underskrift

Namnsteckning	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