

För att minimera handläggningstiden ska följande underlag bifogas:

1. Läkarintyg där diagnos och varaktighet framgår
2. Psykolog- och psykiatriutredningar som ligger till grund för diagnosen
3. Beskrivning av hur funktionsnedsättningen påverkar den enskildes vardag (till exempel arbete, boende, fritid, socialt liv)
4. Beskrivning av hur den enskilde klarar sina grundläggande behov (till exempel av- och påklädning, matsituationer, toalettbesök, personlig hygien, kommunikation)

Sökande

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postadress:
E-post:	
Telefon:	Mobil:

Företrädare för den sökande

<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> förvaltare	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> förvaltare
<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt			<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt		
Namn:			Namn:		
Gatuadress:			Gatuadress:		
Postadress:			Postadress:		
Telefon:	Mobil:	Telefon:	Mobil:		
E-post:			E-post:		

Funktionsnedsättning (eventuell diagnos och/eller kort beskrivning)

--

Anledning till ansökan och vad jag behöver hjälp och stöd med

--



De här LSS-insatserna ansöker jag om

<input type="checkbox"/>	9 § 1	Ansökan om råd och stöd, görs hos Region Skåne
<input type="checkbox"/>	9 § 2	Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats
<input type="checkbox"/>	9 § 3	Ledsagarservice
<input type="checkbox"/>	9 § 4	Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/>	9 § 5	Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 6	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 7	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8	Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/>	9 § 9	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
<input type="checkbox"/>	9 § 10	Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2)
<input type="checkbox"/>	§ 10	Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS-insats)

- Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare
- Jag har/har haft insatser enligt LSS
- Jag ansöker om förhandsbesked (om du bor i annan kommun och vill flytta till Svalövs kommun)

Jag bifogar

- Läkarintyg Psykologutlåtande Annat intyg Intyg är inskickat sedan tidigare

Jag behöver tolk

- I samtalet Skriftlig översättning av utredning

Språk:

Jag behöver bildstöd

- Information som skickas hem Under mötet

Underskrift

Den som gör denna ansökan är:

- Den sökande Vårdnadshavare God man/förvaltare Ombud enligt fullmakt

Kopia på ombudets fullmakt eller registerutdrag på godman/förvaltarskap ska bifogas.**Vid gemensam vårdnad av minderårig ska båda vårdnadshavare skriva under.**

Ort/datum:	Ort/datum:
Underskrift:	Underskrift:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:

Ansökan skickas till:

Myndighetsenheten
Socialnämnden
268 80 Svalövs kommun