

**Ansökan om insatser för personer med  
funktionsnedsättning enligt LSS**

Box 501, 267 25 BJUV  
042-458 50 00, info@bjuv.se

**Personuppgifter**

Sökandes efternamn och förnamn	Sökandes personnummer
Telefon	E-post
Adress, postnummer och ort	

**De här LSS-insatserna ansöker jag om (sätt ett kryss i rutan framför den/de insatser du ansöker om)**

<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet	Antal timmar/månad	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna		
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för barn och ungdomar eller familjehem		
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet		
<input type="checkbox"/> Kontaktperson	Antal timmar/månad	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet		
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	Antal dygn/månad	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	Antal timmar/månad	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Personlig assistent	Antal timmar/dygn	<input type="text"/>
Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS    Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Om du svarat ja, i vilken kommun?		<input type="text"/>

**OBS! Skicka med läkarintyg som gäller din situation, då kan vi utreda och fatta beslut snabbare.**

Uppgifterna i denna blankett kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i den allmänna dataskyddsförordningen (Europaparlamentets och rådets förordning nr. 2016/679).

För mer information om behandlingen av personuppgifter och dina rättigheter som registrerad, vänligen besök kommunens hemsida, [www.bjuv.se/personuppgifter](http://www.bjuv.se/personuppgifter). Du kan även besöka Datainspektionens hemsida, [www.datainspektionen.se](http://www.datainspektionen.se), för ytterligare information om personuppgiftsbehandling.

Genom din signatur medger du att du har tagit del av ovanstående information avseende behandlingen av dina personuppgifter av Vård- och omsorgsnämnden i Bjuvs kommun.

## Beskrivning

Den här funktionsnedsättningen har jag:

Det här behöver jag hjälp och stöd med:

## Bifogade handlingar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> God man-intyg	<input type="checkbox"/> Annat
-------------------------------------	--	--------------------------------

## Samtycke

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter. För detta behövs din tillåtelse.

Jag tillåter att ni får hämta upplysningar om mig hos:

Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sjukvården	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Socialtjänsten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annan kommun	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annan _____		

## Medhjälpare

Jag har fått hjälp med ansökan av:

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Anhörig	<input type="checkbox"/> Annan
Namn	<input type="text"/>	Telefon (även riktnummer)	<input type="text"/>
Adress, postnummer och ort	<input type="text"/>		

## Underskrift

Jag som gör den här ansökan är:

<input type="checkbox"/> Den sökande	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare
--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---

Datum:	<input type="text"/>
Underskrift	<input type="text"/>
:	<input type="text"/>

**OBS! Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under!**

## Ansökan skickas till:

Bjuvs kommun  
LSS-handläggare  
Box 501  
267 25 BJUV

Kontakta LSS-handläggare:  
telefon 042- 458 50 00  
fax 042-458 51 56  
e-post: info@bjuv.se