

**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
Telefonnummer	Mobilnummer
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. Du kan även besöka Datainspektionens hemsida, 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 504
267 25 BJUV

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