

Begäran om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personuppgifter sökande

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobilnummer
E-postadress	

Jag ansöker om

<input type="checkbox"/>	9 § 2 Personlig assistans
<input type="checkbox"/>	9 § 3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/>	9 § 4 Kontaktperson
<input type="checkbox"/>	9 § 5 Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/>	9 § 7 Korttids tillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn/unga
<input type="checkbox"/>	9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna
<input type="checkbox"/>	9 § 10 Daglig verksamhet

<input type="checkbox"/>	Förhandsbesked Inflyttning till kommun och datum:
--------------------------	---

För att kunna göra en bedömning om rätten till insats enligt LSS ska den sökande inkomma med intyg/uppgifter som handläggare bedömer nödvändiga för utredningen.

Jag samtycker till att handläggare får kontakta och inhämta muntliga och skriftliga uppgifter/underlag från följande myndigheter/verksamheter under utredningstiden.

<input type="checkbox"/>	Vuxenpsykiatri/Barn och ungdomspsykiatri (BUP)	<input type="checkbox"/>	Hälso och sjukvård, rehabiliteringsmedicin (Rehab)
<input type="checkbox"/>	Habilitering	<input type="checkbox"/>	Skola/förskola
<input type="checkbox"/>	Socialtjänst	<input type="checkbox"/>	Försäkringskassa
<input type="checkbox"/>	Annat myndighet/verksamhet, ange vilken:		
<input type="checkbox"/>	Jag samtycker till att handläggare <u>under utredningstiden</u> får kontakta och inhämta uppgifter från följande personer:		

Beskriv din hälsosituation/ funktionsnedsättning (inkl. eventuella diagnoser):

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp:

Person som varit behjälplig vid ansökan (vårdnadshavare, fullmaktshavare, legal ställföreträdare)

Namn	Relation till sökande
Adress	Telefonnummer
Ort och postnummer	E-postadress

Tolk önskas vid möten med myndigheten. Språk:

Underskrift av sökande/ vårdnadshavare */ fullmaktshavare/ legal ställföreträdare*****

*Vid gemensam vårdnad om barn under 18 år ska båda vårdnadshavarna underteckna ansökan.

**Om ansökan görs av fullmaktshavare ska kopia av fullmakten bifogas.

***Om ansökan görs av godeman/förvaltare skall registerutdrag om ställföreträderskap bifogas.

Datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnsteckning	Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Mora kommun kommer att behandla dina/era personuppgifter för myndighetsutövning och andra arbetsuppgifter inom nämndens verksamhetsområde.

Uppgifterna används enligt dataskyddsförordningens artikel 6.1. Uppgifterna förvaras i ett dokument och ärendehanteringssystem/ verksamhetssystem och gallras enligt gällande dokumenthanteringsplan.

Uppgifterna kan komma att överföras till andra system inom kommunen samt externa myndigheter/ verksamheter. För mer information om detta kontaktar du förvaltningens dataskyddskontaktperson.

Läs mer om personuppgifter och behandling av personuppgifter på www.morakommun.se