



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

Dina personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	Mobil
E-postadress	

Jag ansöker om

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

Förhandsbesked Inflyttning till Mora kommun och datum: _____

Beskriv din hälsosituation/funktionsnedsättning (inklusive eventuella diagnoser):

Beskriv ditt behov av stöd och hjälp:

För att kunna göra en bedömning om rätten till insats enligt LSS ska den sökande inkomma med inytg/uppgifter som biståndshandläggaren bedömer är av betydelse för utredningen.

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta muntliga och skriftliga uppgifter/underlag från följande myndigheter/verksamheter om så behövs under utredningstiden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vuxenpsykiatri /Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) | <input type="checkbox"/> Försäkringskassa |
| <input type="checkbox"/> Geriatrik- och rehabiliteringsmedicin (Rehab) | <input type="checkbox"/> Socialtjänst |
| <input type="checkbox"/> Habilitering | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling |
| <input type="checkbox"/> Skola/Förskola | |
| <input type="checkbox"/> Vårdcentral, ange vilken: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Annan myndighet/verksamhet, ange vilken: _____ | |

Jag samtycker till att biståndshandläggare får kontakta och inhämta uppgifter från följande personer (exempelvis anhörig eller annan viktig person), om så behövs under utredningstiden:

Tolk önskas vid möten med myndigheten. Språk: _____

Person som varit behjälplig vid ansökan

Namn	Relation till sökande
Adress	Telefonnummer
Postnummer och ort	E-postadress

Underskrift av sökande /vårdnadshavare* /legal ställföreträdare**

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

** Om ansökan görs av god man/förvaltare skall registerutdrag om ställföreträdarskap bifogas.

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	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 så kontaktar du förvaltningens dataskyddskontaktperson.

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

Gemensamma nämnden för
social myndighetsutövning
Mora, Orsa och Älvdalen
792 80 Mora

Besöksadress:
Prostgatan 7

Telefon växel:
0250-264 00

Webbplats:
www.morakommun.se

E-post:
socialforvaltningen@mora.se