



Ansökan

Särskilda insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Ansökan avser

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Adress	Telefonnummer

Kontaktuppgifter till närstående

Namn	Vårdnadshavare
Adress	Telefonnummer

Jag ansöker om följande insatser enligt LSS

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Personlig assistent<input type="checkbox"/> Ledsagarservice<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder, utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare.

Funktionsnedsättning/Diagnos

.	.
.	.
.	.
.	.

Beskriv varför du söker LSS-insatser och vad du behöver stöd och hjälp med

Jag bifogar

- Läkarintyg**
- Psykologutlåtande**
- Omdöme från arbetsterapeut**
- Annat**

För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras.
För fullständig information se <https://gullspang.se/om-webbplatsen/behandling-av-personuppgifter>

Jag gör ansökan för egen del

Datum	Underskrift
-------	-------------

Om annan än sökanden själv gör ansökan, sätt kryss i lämplig ruta

<input type="checkbox"/> God man eller förvaltare, bifoga kopia på förordnandet
<input type="checkbox"/> Ensam vårdnadshavare
<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnadshavare, två underskrifter

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
-------	-------------	-------------------

Ansökan skickas till

Gullspång kommun, Box 100, 542 21 MARIESTAD