

**Dina personuppgifter**

Namn	Personnummer 12 siffror
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer dagtid

Uppgifter om din företrädare

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Särskild förordnad vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt <input type="checkbox"/> Framtidsfullmaktshavare	
Namn	
Adress	
Postnummer och ort	Telefonnummer, dagtid

Jag ansöker om följande insatser

<input type="checkbox"/> 9.1 Ansökan om Råd och Stöd görs hos regionen. <input type="checkbox"/> 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats <input type="checkbox"/> 9.3 Ledsagarservice <input type="checkbox"/> 9.4 Biträde av kontaktperson <input type="checkbox"/> 9.5 Avlösarservice i hemmet <input type="checkbox"/> 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet <input type="checkbox"/> 9.7 Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år <input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar <input type="checkbox"/> 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad <input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2) <input type="checkbox"/> § 10 Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS-insats) <input type="checkbox"/> § 16 Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Töreboda kommun) Ange vilken insats: _____ <input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats enligt LSS som är lämplig och vill rådgöra med handläggare
--

Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan?

Till exempel från sjukvården, socialtjänsten (hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen och/eller arbetsmarknad och socialförvaltningen), skola/barnomsorg, annan kommun eller Försäkringskassan

Nej Ja Om ja, vilken insats: _____



Funktionsnedsättning (eventuell diagnos)

--

Beskriv ditt behov av stöd och service

Behov av tolk

Nej Ja Om ja, vilket språk: _____

Jag bifogar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg <input type="checkbox"/> Psykologutlåtande <input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut <input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande
<input type="checkbox"/> Registerutdrag om ställföreträdarskap god man/ förvaltare

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är
<input type="checkbox"/> Den sökande <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under. Jag försäkrar på heder och samvete att handlingar/uppgifterna som lämnas till/under utredningen är riktiga och fullständiga. Vid fullmakt bifoga intyg som stryker.

Ort/datum:	Ort/datum:
Underskrift:	Underskrift:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:

Märk kuvertet med: **Biståndshandläggare LSS Töreboda kommun, Box 83 545 22 Töreboda**

Hantering av personuppgifter

Med anledning av EU:s nya dataskyddsförordning (GDPR) har det införts nya regler för hur Töreboda kommun hanterar personuppgifter.