



## ANSÖKAN OM INSATS ENLIGT LAGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL VISSA FUNKTIONSHINDRADE

### INSATSEN AVSER

Förnamn och efternamn		Personnummer
Postadress		Telefonnummer
Postnummer	Postort	Telefon dagtid

### JAG ANSÖKER OM

Kryssa för den insats du vill ansöka om:

- 9 § 2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan insats
- 9 § 3 Ledsagarservice
- 9 § 4 Biträde av kontaktperson
- 9 § 5 Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen, samt under lov
- 9 § 8 Bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna
- 9 § 10 Daglig verksamhet

Jag avser att flytta till Emmaboda kommun och begär förhandsbesked enligt 16 § LSS om rätt till ovanstående insatser

Datum för flytt till Emmaboda kommun: \_\_\_\_\_

## ANLEDNING TILL ANSÖKAN

Gör en kort beskrivning av din funktionsnedsättning och ditt behov av stöd

Vad är anledningen till att du gör ansökan?

## INFORMATION

Emmaboda kommun kan behöva inhämta uppgifter som är sekretessbelagda från andra myndigheter eller inom kommunen för att handlägga ärendet. När uppgifter inhämtas kan vi behöva lämna ut uppgiften att du gjort denna ansökan. Du anger nedan om du samtycker till att sådan information inhämtas. Om nödvändiga uppgifter inte får inhämtas kan följden bli att din ansökan avslås.

Emmaboda kommun kommer att registrera inkomna uppgifter i kommunens dataregister. För att kunna utföra insatsen kan berörd personal behöva ta del av utredningen.

## UNDERSKRIFT

Jag har tagit del av informationen ovan och medger att nödvändiga uppgifter

får inhämtas

inte får inhämtas

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Namnteckning

\_\_\_\_\_ Namnteckning

\_\_\_\_\_ Namnförtydligande

\_\_\_\_\_ Namnförtydligande

Om ansökan görs av annan än den sökande, kryssa i rätt alternativ nedan. För barn med två vårdnadshavare ska båda underteckna ansökan.

God man

Förvaltare

Ombud via fullmakt

Vårdnadshavare

Namn, adress och telefonnummer till företrädare:

**ANSÖKAN SKICKAS TILL:** Emmaboda kommun  
LSS-handläggare  
Box 14  
361 21 Emmaboda