



Sökande

Efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	Postnummer och ort
Telefon	e-postadress

LSS 10 insatser

Rådgivning och personligt stöd (sökas hos Landstinget)

- Personlig assistent alt ekonomiskt stöd för sådan assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn/ungdom
- Bostad med särskild service, vuxna
- Daglig verksamhet

<input type="checkbox"/>	Förhandsbesked, enligt 16§ LSS, om rätt till ovan begärda insatser (sökande från annan kommun som avser att flytta till Älvsbyns kommun).	Datum för inflyttning till Älvsbyns kommun
--------------------------	---	--

Intyga din funktionsnedsättning

Till denna ansökan behöver du bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnos/er framgår. Det kan vara läkarintyg eller ett psykologutlåtande.

Samtycke

Samtycke gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

Den sökande samtycker till att handläggaren vid utredning av behov får inhämta nödvändiga uppgifter från:							
Landstinget	Socialtjänsten	Försäkringskassan	Annan				
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om Ja vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell info kan finnas							

Behov av tolkVid telefonkontakt Ja Nej Språk:Vid möte Ja Nej Språk:

De uppgifter du lämnar kommer Älvsbyns kommun att använda för att behandla din ansökan om insatser enligt LSS. Uppgifterna kommer att föras in i kommunens verksamhetssystem i enlighet med personuppgiftslagen (PUL) (1998:2014).

Jag som ansöker är
 Den sökande God man/förvaltare Ombud med fullmakt Vårdnadshavare

Namn: Namn:

Adress: Adress:

.....

Telefon: Telefon:

e-post e-post

Underskrift och försäkran

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnar är sanningsenliga och fullständiga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.

Underskrift

Datum:

Datum:

.....

.....

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år, ska båda vårdnadshavarna skriva under ansökan.

**Ansökan skickas till:
Älvsbyns kommun
Handläggare LSS
Storgatan 27
972 85 ÄLVSBYN**