

För att minimera handläggningstiden ska följande underlag bifogas:

1. Läkarintyg, där diagnos och varaktighet framgår
2. Psykolog- och psykiatriutredningar som ligger till grund för diagnosen
3. Beskrivning av hur funktionsnedsättningen påverkar den enskildes vardag (t ex arbete, boende, fritid, socialt liv)
4. Beskrivning av hur den enskilde klarar sina grundläggande behov (t ex av- och påklädning, matsituationer, toalettbesök, personlig hygien, kommunikation)

Sökande

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Postadress:
E-post:	
Telefon:	Mobil:

Företrädare för den sökande

<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> förvaltare	<input type="checkbox"/> vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> god man	<input type="checkbox"/> förvaltare
<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt			<input type="checkbox"/> ombud enligt fullmakt		
Namn:			Namn:		
Gatuadress:			Gatuadress:		
Postadress:			Postadress:		
Telefon:	Mobil:		Telefon:	Mobil:	
E-post:			E-post:		

Funktionsnedsättning (eventuell diagnos och/eller kort beskrivning)

Anledning till ansökan och vad jag behöver hjälp och stöd med



De här LSS-insatserna ansöker jag om

<input type="checkbox"/>	9 § 1	Ansökan om Råd och Stöd görs hos Region Skåne
<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	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/>	9 § 8	Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<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 Svalövs kommun)
<input type="checkbox"/>	Jag har/har haft insatser enligt LSS	
<input type="checkbox"/>	Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare	
<input type="checkbox"/>	Behov av tolk. Ange språk eller vilken typ av tolk:	

Jag bifogar

- Läkarintyg Psykologutlåtande Annat intyg/utlåtande

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är:

- Den sökande Vårdnadshavare God man/förvaltare
 Ombud enligt fullmakt

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavare skriva under.

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

Ansökan skickas till:

Myndighetsenheten
 Vård och omsorg
 268 80 Svalövs kommun