

## Ansökan om insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Dina personuppgifter behandlas och skyddas av Vård- och omsorgsnämnden i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679 (GDPR). Ändamålet med insamling och behandling är handläggning av Vård- och omsorgsnämndens ärenden och den rättsliga grunden är myndighetsutövning. Uppgifterna sparas i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen och arkivlagen och andra tillämpliga lagar. Läs mer om Heby kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter på: <https://heby.se/kommun-politik/dataskyddsförordningen-gdpr/>

### Ansökan avser

Personlig assistent
Ledsagarservice
Biträde av kontaktperson
Avlösarservice i hemmet
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
Förhandsbesked enligt § 16
Önskad omfattning _____

### Sökande

Den sökande är
Den funktionshindrade      Vårdnadshavare      God man      Förvaltare

### Personuppgifter sökande

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)	
Adress		Postnummer och ort	
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer	E-postadress	
Civilstånd	Folkbokföringskommun		
Gift/sammanboende	Ensamstående		

**Anhörig/god man/förvaltare***fill i uppgifter om det finns andra som ska kontaktas i samband med hantering av ansökan*

1.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Övrigt _____	

2.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Övrigt _____	

3.

Förnamn och efternamn	E-postadress
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Övrigt _____	

**Beviljade insatser**

Har du insatser beviljade från Heby kommun? Nej Ja, _____
--

**Anledning till ansökan**

Beskriv kortfattat ditt hälsotillstånd och vad du behöver stöd och/eller hjälp med;	Anledning till ansökan lämnas i en bilaga Anledning till ansökan lämnas muntligt
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

**Övriga upplysningar**

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
-------------------------

**Om du har skickat med bilagor till din ansökan, förtydliga här vad handlingarna avser**

Läkarintyg	Intyg av arbetsterapeut eller annan sakkunnig	Fullmakt att företräda
Kopia av förordnande av god man/förvaltare	Annat _____	

**Samtycke**

Härmed samtycker jag till att ansvarig handläggare får ta kontakt med och utbyta information med försäkringskassan, vårdgivare och socialtjänst.	
Ja	Nej

**Sökandes underskrift**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Telefonnummer	Utdelningsadress	Postnummer och ort

**Underskrift om det är annan än den sökande själv som upprättat ansökan***Vid gemensam vårdnad behövs båda vårdnadshavarnas underskrift.*

Sätt kryss i lämplig ruta:		
God man      Förvaltare      Vårdnadshavare, ensam vårdnad		
Vårdnadshavare, gemensam vårdnad (kräver bådas underskrifter)		
Datum	Namnteckning 1	Namnförtydligande
Telefonnummer	Utdelningsadress	Postnummer och ort

Datum	Namnteckning 2	Namnförtydligande
Telefonnummer	Utdelningsadress	Postnummer och ort

**Behjälplig vid ansökan**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Relation Anhörig, vilken relation _____      God man      Förvaltare      Övrigt _____		

Ansökan skickas till;  
Heby Kommun  
Biståndsenheten  
744 88 Heby kommun