



Ansökan om särskilda insatser enligt LSS, Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

Obs! Obligatoriska fält markeras med röd ram

Datum	Frågor om blanketten? Kontakta LSS-enheten tel 0411-53 60 00.		
Den sökande			
För- och efternamn		Personnummer	
Adress		Telefonnummer (även riktnr)	
Postnummer	Postort		
Beskrivning			
Funktionshinder (kort beskrivning)			
Behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien)			
Praktisk situation (hur vardagen fungerar)			

Insats/er som begärs			
Rådgivning eller annat personligt stöd söker den enskilde hos LSS-handläggaren på Region Skåne, telefon 044-309 41 45.			
<input type="checkbox"/>	Personlig assistent eller ekonomiskt stöd	<input type="checkbox"/>	Korttidsvård för barn över 12 år utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/>	Ledsagarservice	<input type="checkbox"/>	Boende i familjedaghem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/>	Biträde av kontaktperson	<input type="checkbox"/>	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/>	Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/>	Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder
<input type="checkbox"/>	Korttidsvistelse utanför det egna hemmet		

Medgivande			
Medges att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från försäkringskassan, sjukvården och socialtjänsten?			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
Den sökandes/ställföreträdarens underskrift			
<input type="checkbox"/>	Sökande	<input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare underskrift krävs av båda vårdnadshavarna
<input type="checkbox"/>	God man	<input type="checkbox"/>	Förvaltare
Namnteckning		Namnförtydligande	
Namnteckning		Namnförtydligande	
Behjälplig vid upprättandet			
Namnteckning		Namnförtydligande	
Adress		Telefonnummer (även riktnr)	
Postnummer	Postort		