



▲ Socialförvaltningen

Centrum för mottagning och utredning

ANSÖKAN

Om särskilda insatser enligt LSS

Personuppgifter

Förnamn och efternamn		Personnummer
Utdelningsadress		Postadress och postort
Telefonnummer dagtid (även riktnr)	Telefonnummer kvällstid (även riktnr)	E-postadress

För hjälp att fylla i blanketten kontakta LSS-handläggare, tel växel 0415-18100

Vid tolkbehov, ange vilka landsspråk

Jag ansöker om följande insats enligt LSS

- Personlig assistent
- Ledsagarservice
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn 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 särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
- Förhandsbesked enligt 16 § LSS, gäller endast sökande från annan kommun
- Vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats

Beskriv ditt funktionshinder och ditt behov av stöd och service

Skriv ner vilka svårigheter som finns i det dagliga livet och vilken hjälp som avses.

Nuvarande insatser enligt LSS och/eller Socialtjänstlagen**Bifogar intyg från:**

- Läkare
- Psykolog
- Arbetsterapeut
- Intyg från överförmyndaren om god man/förvaltaruppdrag
- Personbevis vid enskild vårdnad
- Annat

Medgivande*

- Jag medger att handlingar/uppgifter som Myndighetsavdelningen i Hörby kommun bedömer är av betydelse för LSS-utredningen, får inhämtas från barn-, ungdoms- och vuxenhabiliteringen, Försäkringskassan, skolan, sjukvården, socialtjänsten och andra LSS-verksamheter.
- Jag medger **INTE** att handlingar/uppgifter hämtas

Vid gemensam vårdnad krävs underskrift av båda vårdnadshavarna. Vid enskild vårdnad ska detta styrkas med personbevis.

Underskrift av*

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Sökandens/vårdnadshavarens medgivande och underskrift		Sökandens/vårdnadshavarens medgivande och underskrift	
Namnförtydligande		Namnförtydligande	

Ansökan skickas till:

Hörby kommun
CMU (Centrum för mottagning och utredning)
Råbyvägen 41 A
242 80 Hörby

För din information vill vi meddela att dina personuppgifter används för att behandla din ansökan, samt utredning och beslut. Om du önskar ytterligare information om hur dina personuppgifter används eller om du vill att dess ändras, är vi tacksamma för skriftligt besked angående detta.

