

Ansökan om insatser enligt LSS

Lagen om stöd- och service till vissa funktionshindrade

The logo for Laholm, featuring the word "Laholm" in white text on a blue background with a green swoosh on the right side.

Skicka blanketten till:

Laholms Kommun
Socialkontoret
Humlegången 6
312 80 Laholm

Den här blanketten är till för dig som vill ansöka om insatser enligt Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Behåll gärna första och andra sidan med information, och skicka in blanketten till ovanstående adress.

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ger personer med funktionsnedsättningar möjlighet att leva som andra. För att du ska ha rätt till stöd enligt LSS ska du ingå i någon av de tre personkretsar som omfattas av lagen, ha ett utrett behov av insatsen och behovet ska inte kunna tillgodoses på annat sätt.

Personkretsar som omfattas av LSS

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller
3. personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd eller service.

Att observera

- Handläggningstiden påverkas av om din ansökan med eventuella intyg är komplett.
- Lämna aktuell adress och telefonnummer där vårdnadshavarna kan nås på dagtid.
- När det finns två vårdnadshavare, måste båda samtycka till ansökan och signera den.
- Ungdomar över 15 år ska samtycka till insatsen som söks.
- Ungdomar över 18 år ansöker själva om insatser eller hjälp av god man, bifoga förordnandet av god man.
- Eventuella fullmakter ska vara bevitnade.
- Insatserna är kostnadsfria, men du betalar själv för mat, hyra och dina kostnader i samband med aktiviteter.

Insatser enligt LSS 9 §

9 § 1. **Rådgivning och annat personligt stöd** (OBS! Insatsen ansöker du om hos RegionHalland)

9 § 2. **Biträde av personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäliga kostnader för sådan Assistans.**

Insatsen är för den som har stora och varaktiga funktionshinder och är oförmögen att sköta sin personliga hygien, måltider, att klä av och på sig, att kommunicera med andra eller annan hjälp som förutsätter ingående kunskaper om den funktionshindrade (grundläggande behov). Hjälpbehoven ska vara krävande eller i olika avseenden i komplicerade situationer av mycket personlig karaktär.

9 § 3. **Ledsagarservice**

Ledsagarservice ska underlätta för den enskilde att komma ut från bostaden och ges möjlighet att delta i samhällslivet.

9 § 4. **Kontaktperson**

En kontaktperson ska vara en medmänniska som kan underlätta för den enskilde som är i avsaknad av sociala relationer genom social samvaro. Meningen med insatsen är att bryta social isolering genom samvaro och genom hjälp till fritidsaktiviteter.

9 § 5. **Avlösarservice i hemmet**

Med insatsen avses avlösning i det egna hemmet, d.v.s. att en person tillfälligt övertar omvårdnaden från anhöriga till exempel för att ge tid till syskon eller ges möjlighet till avkoppling.

9 § 6. **Korttidsvistelse utanför det egna hemmet**

Insatsen är till för att ge den enskilde möjlighet till rekreation och miljöombyte eller för att ge anhöriga tillfälle till avlösning.

9 § 7. **Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år**

Insatsen är för skolungdomar över 12 år som är i behov av tillsyn före och efter skoldagar samt under lov.

9 § 8. **Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom**

Barn och ungdomar som inte kan bo hos sina föräldrar på grund av omfattande funktionshinder kan ha rätt till insatsen.

9 § 9. **Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad**

Insatsen är avsedd att ges åt personer med svåra funktionshinder som inte på egen hand klarar av de rutiner som tillhör vardagen. Det är således en insats för dem med så stora behov att de kräver ett omfattande dagligt personaltöd under olika delar av dygnet. Behov av egen lägenhet är inte grund för rätt till insatsen.

9 § 10. **Daglig verksamhet**

Insatsen är en sysselsättning för personer i yrkesverksam ålder som saknar förvärvsarbete och inte utbildar sig. Insatsen vänder sig till personer som omfattas av personkrets 1 och 2 enligt LSS.

Förnamn och efternamn		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer (inkl. riktnummer)

2. Förhandsbesked

Sätt ett kryss i rutan om du begär förhandsbesked enligt § 16 (gäller för dig som bor i annan kommun).

Ja, jag begär förhandsbesked enligt § 16.

3. Insats/insatser ansökan avser

Sätt ett kryss i en eller flera rutor bredvid den/de insatser som du avser ansöka om.

- 9 § 2 Personlig assistans
- 9 § 3 Ledsagarservice
- 9 § 4 Kontaktperson
- 9 § 5 Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom
- 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
- 10 Daglig verksamhet

4. Funktionsnedsättning

Beskriv din funktionsnedsättning

VÄND 

5. Få hjälp och stöd

Beskriv ditt behov av hjälp och stöd.

LSS
Ansökan om insatser

6. Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan?

Exempel är sjukvården, socialtjänsten, skola/barnomsorg, Försäkringskassan m.m

Ja Nej

Om ja, ange vad här nedan

7. Har du behov av tolk?

Ja Nej

Om ja, ange vilket språk eller typ av tolk

VÄND 

8. Uppgifter från andra myndigheter

För att vi ska kunna behandla din ansökan, kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Detta görs enbart efter överenskommelse med dig. Markera med kryss för vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter ifrån.

Försäkringskassan Arbetsförmedlingen Sjukvården

- Habiliteringen Övrig Socialtjänst Skola
 Barnomsorg Tidigare kommun

9. Bifogade dokument

Markera med kryss framför de typer av dokument som du bifogar till din ansökan.

- Läkarintyg Psykologutlåtande Intyg från arbetsterapeut
 Annat intyg eller utlåtande (beskriv vad nedan)

--

10. Företrädare för den sökande

- Vårdnadshavare Förmyndare/god man Förvaltare Ombud med fullmakt

Förnamn och efternamn	
Gatuadress	
Postnummer	Postort
Telefon	E-postadress

- Vårdnadshavare Förmyndare/god man Förvaltare Ombud med fullmakt

Förnamn och efternamn	
Gatuadress	
Postnummer	Postort
Telefon	E-postadress

VÄND 

11. Underskrift

Härmed intygar jag att ovanstående uppgifter är korrekta

Sökande

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Företrädare

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Företrädare

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

Information om behandling av personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig som du lämnar in i denna tjänst. Personuppgifterna behandlas för att kunna bedöma din ansökan och för att sedan kunna utföra insatser enligt LSS. Vi kan även komma att dela personuppgifter med andra myndigheter om vi är skyldiga att göra det enligt lag. Personuppgiftsansvarig är Socialförvaltningen i Laholms Kommun. Du kan läsa mer på <https://www.laholm.se/gdpr> eller kontakta oss om du vill veta mer om hur vi behandlar dina personuppgifter.