



SVEDALA KOMMUN

## Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon
E-postadress	

### Insats/insatser som sökes

<input type="checkbox"/> Rådgivning, personligt stöd
<input type="checkbox"/> Personlig assistent
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt 16 §, gäller endast sökande från annan kommun
<input type="checkbox"/> Vill rådgöra med handläggare om lämplig insats

### Beskrivning

Funktionsnedsättning (kort beskrivning)
Anledning till ansökan och vad jag behöver stöd och hjälp med
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)



SVEDALA KOMMUN

Nuvarande insatser

**Diagnos**

Ansökan ska kompletteras med läkarintyg eller psykologbedömning som styrker diagnosen samt beskriver funktionshindret

Intyg bifogas  
 Inkommer med intyg vid senare tillfälle

**Sökande**

<input type="checkbox"/> Person med funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
--	---	----------------------------------	-------------------------------------

**Den sökandes underskrift**

Datum	Namnteckning
-------	--------------

**Behjälplig vid upprättandet**

Namnteckning	Namnförtydligande
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Telefon
E-postadress	

**Samtycke**

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende får inhämtas från Försäkringskassan, sjukvården, socialtjänsten, Arbetsförmedlingen och skola

Ja  
 Nej

Ifylld blankett skickas till:

Svedala kommun Vård  
och omsorg  
233 80 Svedala

GDPR: Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig. Personuppgifter som du lämnar kommer att registreras i ett datasystem och används för att administrera din fullmakt. Vi tillämpar gällande integritetslagstiftning vid behandling av personuppgifter. Den rättsliga grunden för att behandla dina personuppgifter är att uppgiften behövs för att myndighetsutövning ska kunna utföras. Dina uppgifter sparas i enlighet med lagkrav och informationshanteringsplanen. De personuppgifter vi behandlar om dig delas med de

personuppgiftsbiträden vi använder för att kunna utföra våra tjänster och fullgöra våra skyldigheter gentemot dig. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part, förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Personuppgiftsansvarig är socialnämnden i Svedala kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter. Detta gör du genom att kontakta oss på [registrator.ks@svedala.se](mailto:registrator.ks@svedala.se) Blanketten uppdaterad 2022-07-01