

Ansökan enligt LSS eller SoL

Information

Genom att fylla i och skicka in denna blankett till Omsorgsförvaltningen i Smedjebackens kommun ansöker du om insatser enligt LSS eller SoL.

Om du har några frågor är du välkommen att kontakta kommunens Biståndshandläggare på telefonnummer 0240-660000.

De personuppgifter du lämnat kommer att användas när vi handlägger din begäran. Om du vill ha ytterligare information om hur personuppgifterna används kan du skriftligen be om detta hos omsorgsförvaltningen i Smedjebackens kommun.

Personuppgiftsansvar vilar enligt personuppgiftslagen på omsorgsförvaltningen.

Ansökan skickas till:

Smedjebackens kommun
Omsorgsförvaltningen
777 81 Smedjebacken

Personuppgifter (för dig som ansökan gäller)

För- och efternamn		Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefon inkl. riktnummer	Mobiltelefon	E-post	

Har du en god man eller förvaltare?

<input type="checkbox"/> Jag har god man	<input type="checkbox"/> Jag har förvaltare	För- och efternamn	
Telefon inkl. riktnummer	Mobiltelefon	E-post	

Vårdnadshavare (för dig under 18 år)

För- och efternamn på vårdnadshavare 1		
Telefon inkl. riktnummer	Mobiltelefon	E-post
För- och efternamn på vårdnadshavare 2		
Telefon inkl. riktnummer	Mobiltelefon	E-post

Insatser LSS

Insatser SoL

Vilken/vilka insatser vill du ansöka om: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Personlig assistans <input type="checkbox"/> Ledsagarservice <input type="checkbox"/> Kontaktperson <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn <input type="checkbox"/> Familjehem eller boende för barn/unga <input type="checkbox"/> Boende för vuxna <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet <input type="checkbox"/> Förhandsbesked (för dig som bor i en annan kommun)	Vilken/vilka insatser vill du ansöka om: <input type="checkbox"/> Särskilt boende <input type="checkbox"/> Hemtjänst <input type="checkbox"/> Enstaka hemtjänstinsats Ange vilken:..... <input type="checkbox"/> Korttidsvård/växelvård <input type="checkbox"/> Boendestöd <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Dagverksamhet <input type="checkbox"/> Annat:
---	---

Jag samtycker till att Smedjebackens kommun får inhämta de uppgifter de behöver från annan myndighet för att kunna utreda min ansökan.

Underskrift

.....
 Underskrift av dig som önskar ansöka (för dig över 18 år)

.....
 Ort och datum

.....
 Underskrift av god man/förvaltare/anhörig

.....
 Ort och datum

Underskrift av vårdnadshavare ska endast fyllas i vid ansökan för minderårig. Om det finns två vårdnadshavare ska båda skriva under.

.....
 Underskrift av vårdnadshavare 1

.....
 Ort och datum

.....
 Underskrift av vårdnadshavare 2

.....
 Ort och datum