

**Ansökan om insatser enligt 9 § LSS**

Datum

.....

Kils kommun

Box 88 , 665 23 Kil

0554-191 00

**Sökande**

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

**Företrädare för den sökande (vårdnadshavare om barnet är under 18 år)****Vårdnadshavare 1**

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

**Vårdnadshavare 2**

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

**Företrädare för den sökande (om sökanden är 18 år eller äldre)****God man/förvaltare**

Förnamn
Efternamn
Personnummer
Telefon (även riktnr)

Utdelningsadress
Postnummer
Postort
E-postadress

**Behov av tolk**

Ange språk
------------

Kils kommun

**Insatser**

- Rådgivning och personligt stöd (9 § 1) (ansökan om dessa insatser görs hos landstinget)
- Personlig assistent (9 § 2)
- Ledsagarservice (9 § 3)
- Kontaktperson (9 § 4)
- Avlösarservice i hemmet (9 § 5)
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 § 6)
- Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov (9 § 7)
- Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)
- Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9)
- Daglig verksamhet (9 § 10)
- Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats
- Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS

Ange kommun

Nuvarande insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen (t.ex. hemtjänst, boendestöd)

- Inga nuvarande insatser

**Funktionsnedsättningen**

Funktionsnedsättning (kort beskrivning)

Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien)

Kils kommun

**Information om medgivande**

Om den sökande lämnar sitt medgivande till att uppgifter får inhämtas från andra myndigheter, organisationer eller personer ska det tydligt framgå vilka som får kontaktas och i vilket syfte. Medgivandet lämnas i samråd mellan den sökande och handläggaren.

**Underskrifter**

Sökandens underskrift
-----------------------

Namnförtydligande
-------------------

Vårdnadshavarens underskrift
------------------------------

Namnförtydligande
-------------------

Gode mannens/förvaltarens underskrift
---------------------------------------

Namnförtydligande
-------------------

Vårdnadshavarens underskrift
------------------------------

Namnförtydligande
-------------------

**Hantering av personuppgifter:**

Kommunen blir personuppgiftsansvarig för personuppgifterna först när den ifyllda blanketten tagits emot av kommunen. Uppgifterna kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen. För mer information om hur personuppgifterna behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida.