

Begäran om insatser enligt LSS

Insändes till:

Växjö kommun
Arbete och välfärd
Utredningsenheten för socialpsykiatri
Box 1222
351 12 VÄXJÖ

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Telefon (även riktnummer)
E-post		Telefon dagtid

Insatser enligt 9 § LSS

Sätt kryss framför den insats som begärs

- 9.2 Biträde av personlig assistent (väljer kommunen som utförare).
- 9.2 Ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för personlig assistent (väljer en privat utförare eller att själv vara arbetsgivare).
- 9.3 Ledsagarservice
- 9.4 Biträde av kontaktperson
- 9.5 Avlösarservice i hemmet
- 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9.7 Korttidsstillsyn för skolorngdom över 12 år utanför det egna hemmet (fr o m vårterminens slut det år eleven fyller 13 år).
- 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9.10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig

Förhandsbesked, enligt 16 § LSS, om rätt till ovan begärda insatser (sökande från annan kommun som avser att flytta till Växjö kommun).

Datum för inflyttning till Växjö kommun

.....

Anledning till begärd insats

Funktionsnedsättning (kort beskrivning) och hjälpbehov

Ange skäl till den begärda insatsen.

Information

Uppgifter som kan behöva inhämtas

För att kunna utreda och fatta beslut i detta ärende kan sekretessbelagda uppgifter, som bedöms vara väsentliga för utredningen, behöva inhämtas från exempelvis försäkringskassan, sjukvården, barn- eller vuxenhabiliteringen, omsorgsförvaltningen eller inom den egna förvaltningen.

Medgivande om att sådana uppgifter får inhämtas lämnar du i samband med din underskrift nedan. Observera att om uppgifter inte får inhämtas kan följden bli att din begäran avslås.

Registrering och utlämnande av personuppgifter

I syfte att ta hand om denna begäran kommer lämnade personuppgifter att registreras och behandlas i kommunens dataregister och användas som underlag för beslut om rätt till begärda insatser.

För att kunna utföra uppdraget kan berörd personal behöva ta del av utredningen.

Underskrift och medgivande

Jag har tagit del av informationen ovan och medger att nödvändiga uppgifter

får inhämtas

inte får inhämtas

.....
Datum

.....
Namnteckning och namnförtydligande

.....
Namnteckning och namnförtydligande

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta:

God man

Förvaltare

Vårdnadshavare,
ensam vårdnad

Vårdnadshavare,
gemensam vårdnad
(två underskrifter)

Ombud via fullmakt

Kontaktuppgifter till god man/förvaltare/vårdnadshavare/ombud

Namn och adress:

Telefon: *E-post:*

Behjälplig med ansökan

Namn och adress:

Telefon: