



Socialförvaltningen

## Ansökan om insatser för personer med funktionsnedsättning

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS

### Uppgifter om dig som ansöker om insatser enligt LSS

Personnummer	Namn	
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

#### Vilken eller vilka insatser vill du ansöka om?

- Personlig assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- Boende barn och unga
- Boende vuxna
- Daglig verksamhet

Den här frågan gäller bara om du redan har LSS-insatser

**Vill du att vi gör en individuell plan, just för dig? (enligt 10 § LSS)**

- Ja       Nej

#### Beskriv din funktionsnedsättning

**Vem är du som skrivit denna ansökan** **Sökande** **God man** **Förvaltare** **Vårdnadshavare**

Namn:

Namn:

Adress:

Adress:

Telefon:

Telefon:

E-post:

E-post:

**Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)**

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter från andra myndigheter:

Kryssa i vilka myndigheter du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

 Försäkringskassa Sjukvården Habiliteringen Omsorgsnämnden/Regionen Övrig socialtjänst Skola/förskola Arbetsförmedling

När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: [www.harnosand.se/gdpr](http://www.harnosand.se/gdpr)

**Datum och underskrift****Datum och underskrift**

Datum

Sökandens underskrift

Datum

Sökandens underskrift

OBS! Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år,  
ska ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

**Skicka din ansökan till**

Härnösands kommun  
Socialförvaltningen  
Biståndsenheten  
871 80 Härnösand