



Den ansökan avser:

Namn: _____	Personnr: _____
Adress: _____	
Telefon: _____	

Ställföreträdare:

Namn: _____	Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/>
Adress: _____	God man	<input type="checkbox"/>
Telefon: _____	Förvaltare	<input type="checkbox"/>

Ansökan avser:

Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd

Ledsagarservice

Biträde av kontaktperson

Avlösarservice i hemmet

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet

Korttidstillsyn för barn över 12 år

Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar

Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna

Daglig verksamhet

Begäran om förhandsbesked om LSS-insatser för personer boende i annan kommun, 16 § LSS

Intyga din funktionsnedsättning

Till denna ansökan behöver du bifoga intyg som beskriver din funktionsnedsättning och där diagnos/er framgår. Det kan vara läkarintyg eller ett psykologutlåtande.

Samtycke Samtycke gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

Den sökande samtycker till att handläggaren vid utredning av behov får inhämta nödvändiga uppgifter från:

Sjukvården	Socialtjänsten	Försäkringskassan	Annan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Om Ja vem/vilka har du varit i kontakt med där aktuell info får inhämtas:

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp (t.ex förflyttning, personlig hygien)
Praktisk situation (hur fungerar vardagen)

Jag som ansöker är

<input type="checkbox"/> Den sökande	<input type="checkbox"/> God man/ förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare
Namn: _____	Namn: _____		
Adress: _____	Adress: _____		
Telefon: _____	Telefon: _____		
E-post: _____	E-post: _____		

Underskrift och försäkran

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnar är sanningsenliga och fullständiga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter.

Underskrift

Datum: _____

Datum: _____

Namn: _____

Namn: _____

Namnförtydligande: _____

Namnförtydligande: _____

Ansökan skickas till: Biståndsenheten/LSS
Socialförvaltningen
Gällivare kommun
982 81 GÄLLIVARE