



KARLSTADS KOMMUN

ANSÖKAN OM INSATSER

Enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

1. Personuppgifter (för den som ansökan gäller)

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefonnummer:
Postnummer:	E-post:
Ort:	

Hur vill du bli kontaktad? (**Kryssa i ruta**)

Brev Telefonsamtal SMS E-post Annat sätt:

Behöver du tolk vid möte med LSS-handläggare? (**Kryssa i ruta**)

Ja Nej Om ja, vilket språk: _____

Har du några andra önskemål gällande tolk?

2. Beskrivning

Beskriv din funktionsnedsättning och vad du behöver stöd med:

Vänd sida! 

3. Jag ansöker om (Kryssa i ruta)

- 9 § 2 LSS – Personlig assistans
- 9 § 3 LSS – Ledsagarservice
- 9 § 4 LSS – Kontaktperson
- 9 § 5 LSS – Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 LSS – Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 8 LSS – Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9 § 9 LSS – Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
- 9 § 10 LSS – Daglig verksamhet
- 10 § LSS – Begäran om individuell plan (gäller om du har beviljats LSS-insats)
- 16 § LSS – Förhandsbesked (gäller om du bor i en annan kommun)

Har du ansökt om eller haft LSS-insatser tidigare? Ja Nej

Om du svarat ”Ja”, i vilken kommun ansökte du om/hade du LSS-insatser: _____

4. Samtycke

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.

Godkänner du att vi får inhämta information om dig hos Försäkringskassan, socialtjänst, landsting och/eller från en annan kommun? (Kryssa i ruta) Ja Nej

5. Underskrift

Jag som gör denna ansökan är: (Kryssa i ruta)

Den sökande God man Förvaltare Vårdnadshavare

Datum: _____

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

(Om denna ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)

6. Medhjälpare

Jag som har hjälpt till att göra denna ansökan är: _____

Namn: _____ Telefonnummer: _____

E-post: _____

Samtycker den enskilde till att LSS-handläggare får kontakta medhjälparen? Ja Nej



OBS! Skicka med intyg eller utredning som gäller din funktionsnedsättning



Skicka din ansökan och intyg till: **Karlstads kommun**

Vård- och omsorgsförvaltningen

Biståndskontoret

651 84 Karlstad

Personuppgifterna i denna ansökan kommer att behandlas, i enlighet med Dataskyddsförordningen, för att handlägga din ansökan om insatser hos vård- och omsorgsförvaltningen. Vård- och omsorgsnämnden är personuppgiftsansvarig för behandlingen. Mer information om hur vi hanterar dina personuppgifter finns på <https://karlstad.se/personuppgifter>.