

Vård- och omsorgsförvaltningen

Ansökan skickas till:
Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
Medborgarfunktionen
641 80 KATRINEHOLM

Ansökan/begäran om insatser enligt LSS

Personuppgifter

Personnummer		Namn	
Gatuadress			
Postnummer	Postadress		Telefonnummer

Vårdnadshavare/god man/förvaltare

Personnummer		Namn	
Gatuadress			
Postnummer	Postadress		Telefonnummer

Begäran avser följande insatser (enligt LSS § 9.2-9.10)

<input type="checkbox"/> 2. Biträde av personlig assistent	<input type="checkbox"/> 7. Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 3. Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> 8. Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 4. Kontaktperson	<input type="checkbox"/> 9. Bostad med särskild service
<input type="checkbox"/> 5. Avlösarservice i hemmet	<input type="checkbox"/> 10. Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/> 6. Korttidsvistelse utanför hemmet	
<input type="checkbox"/> Individuell plan enligt § 10 LSS	

Beskriv orsaken till och omfattningen av hjälpbehovet (fortsätt på baksidan)

Fortsättning

Ytterligare upplysningar kan lämnas av

Namn	Telefonnummer
------	---------------

Bifoga ev. utlåtande eller intyg som hänvisas till i ansökan

Följande intyg/utlåtanden bifogas:

Underskrift

Datum	Namnteckning	Datum	Namnteckning

Ansökan får endast undertecknas av den sökande själv, god man, förvaltare eller vårdnadshavare.

Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).

Du kan läsa mer på katrineholm.se/personuppgifter.

Vid frågor kan du kontakta någon av LSS-handläggarna på telefon:

0150-568 64 (för dig som är född dag 1-4)

0150-568 65 (född dag 5-8)

0150-570 91 (född dag 9-16)

0150-48 81 27 (född dag 17-23)

0150-568 93 (född dag 24-31)

Telefontid: Måndag-fredag klockan 10.00-11.30