

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. Korttidsstillsyn 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 65 (personer födda dag 1-10)

0150-48 81 27 (dag 11-20)

0150-568 93 (dag 21-31)

0150-568 64 (psykiatri)