

**BEGÄRAN OM INSATSER enligt LSS, Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade**  
(SFS 1993:387)

Sändes till: Social Vålfärd, Fiskaregatan 4 C, 531 88 Lidköping

Sökandes efter- och förnamn	Personnummer
Postadress	Folkbokföring
	Bostadstelefon
Behjälplig vid ansökan	

**Följande insatser för särskilt stöd och särskild service begärs enligt 7 och 9 §§ LSS**

<input type="checkbox"/> Rådgivning, personligt stöd
<input type="checkbox"/> Personlig assistent
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> Kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
<input type="checkbox"/> Vet inte vilken insats som är lämplig, vill rådgöra med en handläggare
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt 16 § 2 stycket, LSS
<input type="checkbox"/> Upprättande av individuell plan 10 § LSS

## Jag bifogar

Läkarintyg

ADL-utlåtande

Psykologutlåtande

Annat

## Beskriv varför du söker LSS-insatser och vad du behöver hjälp med

---

---

---

---

---

---

## Nuvarande insatser enligt LSS eller Socialtjänstlagen

Som exempel hemtjänst, boendestöd

---

---

---

---

---

Härmed medger jag att erforderliga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från annan myndighet

Försäkringskassan Ja  Nej

Sjukvården

Ja  Nej

Skolan Ja  Nej

Annan förvaltning inom Lidköpings kommun Ja  Nej

Arbetsförmedling Ja  Nej

Annan: \_\_\_\_\_

## Egen ansökan

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

## God man, förvaltare eller/och vårdnadshavare

Om föräldrar ej sammanbor men har gemensam vårdnad ska ansökan undertecknas av båda vårdnadshavarna

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

Ansökan sänds till  
Social Vålfärd,  
Fiskaregatan 4 C,  
531 88 Lidköping