

**Ansökan om insatser enligt LSS**  
(Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)**Sökande**

Efternamn och förnamn	
Adress	Personnummer
Postnummer och ort	Telefon(även riktnummer)

**Vårdnadshavare/god man/förvaltare/förmyndare**

Efternamn och förnamn	
Adress	Telefon (även riktnummer)
Postnummer och ort	

**LSS 10 insatser man kan ansöka om**

- Rådgivning och personligt stöd (sökas hos landstinget)
- Personlig assistent för sådan assistans
  - Ledsagarservice
  - Kontaktperson
  - Avlösarservice i hemmet
  - korttidsvistelse utanför hemmet
  - korttidstillsyn för skolungdom
  - Boende i familjehem/bostad med särskild service för barn/ungdom
  - Bostad med särskild service , vuxna
  - Daglig verksamhet

**Begäran**

- Förhandsbesked § 16 LSS
- Individuell plan § 10 LSS

**Samtycke**

Den sökande godkänner att utredningen får göras samt att erforderligt underlag för utredning får rekvireras från							
Landstinget		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 kan finnas:

## Funktionsnedsättning/hjälpbehov

Beskriv funktionshindret (t.ex. utvecklingsstörning, rörelsehinder, psykisk funktionshinder)
Vad klarar du att göra själv
Beskriv ditt hjälpbehov (t.ex. hygien, av- och påklädning, förflyttning, kommunikation)

## Behjälplig vid ansökan

Namn	Telefon (även riktnummer)
Adress	Postnummer och ort

## Underskrift

Ort o datum	Sökandes underskrift	<input type="checkbox"/>	Den enskilde
		<input type="checkbox"/>	Vårdnadshavare
		<input type="checkbox"/>	God man/förvaltare
		<input type="checkbox"/>	Förvaltare

Ansökan skickas till Kiruna kommun, Socialförvaltningen 98185 Kiruna