



Ansökan om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Tänk på att....

- Handläggningstiden påverkas av om din ansökan med intyg är komplett.
- Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under.
- Är du över 18 år ansöker du själv om insatser eller med hjälp av legal företrädare. Bifoga förordnandet av legal företrädare.

Sökande

Namn:	Personnummer:
Gatuadress:	Telefonnummer:
Postnummer:	Mobilnummer:
Ort:	E-postadress:

Behov av tolk

Nej Ja

Om ja, vilket språk: _____

Använder du kommunikationshjälpmedel/bildstöd?

Nej Ja

Om ja, vilket: _____

Företrädare för den sökande

Vårdnadshavare God man Förvaltare Ombud enligt fullmakt

Namn:	Namn:
Gatuadress:	Gatuadress:
Postadress:	Postadress:
Telefonnummer:	Telefonnummer:
Mobilnummer:	Mobilnummer:
E-postadress:	E-postadress:

Funktionsnedsättning (eventuell diagnos)

Beskriv ditt behov av stöd och service

Skriv ner vilka svårigheter som finns i det dagliga livet och ditt behov av stöd.

--

Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan?

Till exempel från sjukvården, socialtjänsten (hälsa-, vård och omsorgsförvaltningen och/eller arbetsmarknad och socialförvaltningen), skola/barnomsorg, annan kommun eller Försäkringskassan

Nej Ja

Om ja, vilken insats: _____

Jag ansöker om följande insats/insatser enligt LSS:

- 9.1 Ansökan om Råd och Stöd görs hos Region Skåne
- 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats
- 9.3 Ledsagarservice
- 9.4 Biträde av kontaktperson
- 9.5 Avlösarservice i hemmet
- 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2)
- § 10 Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS-insats)
- § 16 Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Malmö Stad)

Ange vilken insats: _____

Jag bifogar

- Läkarteryg Psykologutlåtande Intyg från arbetsterapeut Annat intyg/utlåtande
- Registerutdrag om ställföreträdarskap god man/ förvaltare

Underskrift

Jag som gör denna ansökan är

- Den sökande Vårdnadshavare God man Förvaltare Ombud enligt fullmakt

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under.

Jag försäkrar på heder och samvete att handlingar/uppgifterna som lämnas till/under utredningen är riktiga och fullständiga.

Ort/datum:	Ort/datum:
Underskrift:	Underskrift:
Namnförtydligande:	Namnförtydligande:

För mer information hänvisar jag till

Titel:	Telefonnummer:
Namn:	Mobilnummer:
	E-postadress:

Hantering av personuppgifter

Med anledning av EU:s nya dataskyddsförordning (GDPR) har det införts nya regler för hur Malmö stad och andra myndigheter ska hantera personuppgifter. Om du vill veta mer om hur Malmö stad hanterar personuppgifter kan du gå till malmo.se/personuppgifter eller genom att kontakta registrera.fsf@malmo.se.

Ansökan skickas till:

Malmö stad
Funktionsstödsförvaltningen
Avd myndighet och socialpsykiatri, enhet myndighet
Fänriksgatan 1
205 80 Malmö

Samtycke

Med anledning av din ansökan kan biståndshandläggaren behöva ha kontakt med utomstående yrkeskategorier som du har kontakt med.

För att få inhämta samt lämna uppgifter krävs ditt samtycke till att dessa kontakter tas.

Härmed lämnar jag skriftligt samtycke till att nedanstående kontakter får tas av biståndshandläggaren:

- Anhöriga, namn _____
- Försäkringskassan
- Hälsa- Vård- och Omsorgsförvaltningen
- Arbetsmarknad- och socialförvaltningen
- Barn- och ungdomshabiliteringen
- Vuxenhabiliteringen
- Vårdcentral, vilken _____
- Berörd vårdavdelning på sjukhuset, vilken _____
- Skola, vilken _____
- Förskola, vilken _____
- Arbetsplats eller annan sysselsättning
- Arbetsförmedlingen
- Migrationsverket
- Övrigt, vad _____

Datum	Underskrift
Namnförtydligande:	Personnummer:

Ansökan skickas till:

Malmö stad
Funktionsstödsförvaltningen
Avd myndighet och socialpsykiatri, enhet myndighet
Fänriksgatan 1
205 80 Malmö