



Skicka den ifyllda blanketten till:

Kungsörs kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
736 85 Kungsör

Ansökan om särskilda insatser enligt LSS 9 § 2-10

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer, 10 siffror
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress

Dina personuppgifter kommer att databehandlas enligt bestämmelserna i Dataskyddsförordningen (GDPR). Det betyder att de på förvaltningen dit du skickar blanketten använder dina personuppgifter för att kunna ta hand om din ansökan/anmälan på ett bra sätt. Uppgifterna kan också bland annat komma att användas för att ta fram statistik och för att arkiveras. De som ansvarar för att dina personuppgifter används som lagen säger, är de som sitter i de politiska nämnderna för respektive förvaltning.

Syftet med lagen (GDPR) är att skydda dig, så att de personuppgifter du lämnat inte används på ett felaktigt sätt. Du har rätt att få veta hur dina personuppgifter använts. Kommunen måste också rätta till felaktiga uppgifter. Vill du veta mer skriv till: Personuppgiftsansvarig, 736 85 Kungsör. Se även: www.kungsor.se/gdpr

Insats/insatser som du som funktionsnedsatt vill ansöka om (sätt kryss i rutan framför)

<input type="checkbox"/> 9 § 2 Personlig assistent eller ekonomiskt stöd			
<input type="checkbox"/> 9 § 3 Ledsagarservice			
<input type="checkbox"/> 9 § 4 Biträde av kontaktperson			
<input type="checkbox"/> 9 § 5 Avlösarservice i hemmet			
<input type="checkbox"/> 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet	<input type="checkbox"/> Stödfamilj	<input type="checkbox"/> Korttidsplats	
<input type="checkbox"/> 9 § 7 Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet			
<input type="checkbox"/> 9 § 8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom			
<input type="checkbox"/> 9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna			
<input type="checkbox"/> 9 § 10 Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig			

Beskrivning (bifoga läkarutlåtande och/eller annat medicinskt underlag)

Funktionsnedsättning (kort beskrivning)
Behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien)
Praktisk situation (Hur fungerar vardagen?)

Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av detta ärende vid behov får inhämtas enligt 10 kap 1 § offentlighets- och sekretesslagen från

<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> BUP	<input type="checkbox"/> Psykiatri	<input type="checkbox"/> Skola
<input type="checkbox"/> Habiliteringscenter	<input type="checkbox"/> Socialtjänsten	<input type="checkbox"/> Sjukvården	<input type="checkbox"/> Annan:

Du som söker är:

<input type="checkbox"/> Den sökande/enskilde	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> God Man
---	---	-------------------------------------	----------------------------------

Skicka med en kopia på ditt uppdrag om du är förvaltare eller god man och kopia på fullmakt om du söker som ombud.

Den sökandes underskrift

Den som söker, godkänner att en utredning får göras och att nödvändiga uppgifter för att fatta beslut får skickas efter från försäkringskassan och sjukvården.	
Namnteckning	Datum

Den som hjälpt till med ansökan

Namnteckning			
Namnförtydligande			
Relation till den sökande			
Adress	Postnummer	Ort	Telefonnummer