|  |  |
| --- | --- |
|  | **Skicka blanketten till:**Köpings kommun BiståndsenhetenSveavägen 21731 32 Köping |

**Ansökan om stödinsatser enligt LSS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sökandes namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | **Telefonnummer** |
| **Postnummer och ort** |
| **E-postadress** |

Är du under 18 år, eller ansöker om insatser med hjälp av legal företrädare ska nedanstående tabell fyllas i. **Uppgifter om din företrädare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | **Telefonnummer** |
| **Postnummer och ort** |
| **Jag är:** [ ]  Framtidsfullmaktshavare [ ]  Förmyndare [ ]  Förvaltare [ ]  God man  [ ]  Ombud enligt fullmakt **[ ]** Särskild förordnad vårdnadshavare [ ]  Vårdnadshavare |

**Vilken insats ansöker du om?**

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans |
| **[ ]**  | 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 (utreds av Utbildningsförvaltningen) |
| **[ ]**  | 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom |
| **[ ]**  | 9.9 Bostad med särskild service för vuxna |
| **[ ]**  | 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete som inte utbildar sig |
| [ ]  | § 20 Begäran om individuell plan (gäller när du redan har en beviljad en insats) |
| **[ ]**  | §16 Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser (gäller sökande från annan kommun som tänker bosätta sig i Köpings kommun. |

**Beskriv ditt behov av stöd och service
Beskriv gärna omfattningen av stödet**

|  |
| --- |
|  |

 **Annan viktig information (tex om du behöver tolk)**

|  |
| --- |
|  |

 **Jag bifogar**[ ]  Läkarintyg [ ]  Psykologutlåtande [ ]  Intyg från arbetsterapeut [ ]  Annat intyg/utlåtande
[ ]  Registerutdrag om ställföreträdarskap god man/ förvaltare/ förmyndare/ särskild förordnad
 vårdnadshavare/ framtidsfullmaktshavare / ombud med fullmakt

**Jag som gör denna ansökan är**[ ]  Den sökande [ ]  Framtidsfullmaktshavare [ ]  Förmyndare [ ]  Förvaltare [ ]  God man

[ ]  Ombud enligt fullmakt **[ ]** Särskild förordnad vårdnadshavare [ ]  Vårdnadshavare

**Samtycke**Jag samtycker till att Vård och Omsorgsnämnden får inhämta för utredningen nödvändiga uppgifter från andra myndigheter såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, skola, hälso- och sjukvård och övrig socialtjänst
[ ]  Ja [ ]  Nej

**Om ansökan gäller minderårig, och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under. Missas detta är ansökan inte giltig.**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort och datum** | **Ort och datum** |
| **Underskrift** | **Underskrift** |
| **Namnförtydligande** | **Namnförtydligande** |

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Köpings kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen. För ytterligare information se Köpings kommuns hemsida.