



Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med PUL. Du medger att informationen du lämnar får lagras och bearbetas i register av förvaltning/nämnd. Du har rätt att begära utdrag och rättelser.

Sökande

Sökande, namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)	
Telefon mobil	E-postadress	

Företrädare (Vårdnadshavare/God man/Förvaltare)

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon (även riktnummer)	Telefax (även riktnummer)	
Telefon mobil	E-postadress	

Funktionshinder och eventuell diagnos (kort beskrivning)

Vid ansökan om personlig assistans, beskriv följande hjälpbehov och gör en timberäkning av hjälpbehovet per vecka

Andning
Personlig hygien
Måltider
På och avklädning
Kommunicering med andra
Förebygga skada på person eller egendom
Löpande stöd på grund av medicinskt tillstånd
Din timberäkning av hjälpbehovet per vecka, antal timmar

Vid ansökan om andra insatser, beskriv ditt hjälpbehov gärna över ett helt dygn

Funktionshinder
Tilläggs-handikapp
Tillsynsbehov - självständighet

Resurser

Beskriv hur du löser din situation idag

Insats/Insatser som begärs enligt 9 § LSS

<input type="checkbox"/> Personlig assistans	
<input type="checkbox"/> Ledsagarservice	<input type="checkbox"/> Biträde av kontaktperson
<input type="checkbox"/> Avlösare i hemmet	
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet:	Ange det alternativ som begäran avser
<input type="checkbox"/> (Stödfamilj/korttidshem/annat)	
<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	
<input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom	
Bostad med särskild service för vuxna: bostad med särskild	Ange det alternativ som begäran avser
<input type="checkbox"/> anpassad service, servicebostad, gruppboend	
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet	
Uppbär ni vårdbidrag eller handikappsersättning	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag/Vi godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvireras från försäkringskassa, landsting och annan kommun/kommundel	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Namnteckning

Ort och datum	
Sökande, namnteckning	Namnförtydligande

Namnteckning (Behjälplig vid upprättandet)

Ort och datum	Telefon (även riktnummer)
Namnteckning	Namnförtydligande

Återsänd ifylld ansökan till LSS-handläggaren i Falkenbergs kommun.

Postadress
Falkenbergs kommun
Socialförvaltningen 311 80
Falkenberg

Besöksadress
Kanslistvägen 10
Storgatan 22 (Barn)

Telefon
0346-88 60 00 eller direktnummer

E-postadress
Kontaktcenter@falkenberg.se