

Ansökan om särskilda insatser enligt LSS

* Obligatoriska fält

Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*
Mobil

Information om personuppgiftsbehandling

Vellinge kommun samlar in och lagrar de personuppgifter som du lämnar i e-tjänsten för "Ansökan om särskilda insatser enligt LSS" (behandling som sker är insamling, hantering, lagring, överföring och radering).

De personuppgifter som behandlas för ändamålet är: namn, personnummer, adress, telefonnummer och e-post. De personuppgifter som behandlas sker med stöd av myndighetsutövning.

Dina personuppgifter kommer att lagras i vår e-tjänsteplattform samt ärendesystemet Procapita/Lifecare. Dina personuppgifter kommer hanteras av Omsorgsnämnden.

Vellinge kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen och behåller inte personuppgifter du har lämnat in längre än nödvändigt. Personuppgiftsansvarig för denna behandling är Omsorgsnämnden och uppgifterna gallras automatiskt efter 2 veckor.

Mer information om hur vi behandlar personuppgifter, om dina rättigheter och om Dataskyddsförordningen finns på www.vellinge.se/personuppgifter.

Dataskyddsombudet för Vellinge kommun nås på dataskyddsombud@vellinge.se eller 040-42 50 00.

Vilken roll har du som gör ansökan?

Ansökan görs av* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sökande | <input type="checkbox"/> God man |
| <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare | <input type="checkbox"/> Förvaltare |
| <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt | |

Vilket barn gäller ärendet?

Vilket barn gäller ditt ärende?* (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barn 1 | <input type="checkbox"/> Barn 2 |
|---------------------------------|---------------------------------|

Jag är ensam vårdnadshavare

Har du använt denna tjänst tidigare och vill hämta upp tidigare ärende? (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Ärende

Uppgifter

Personnummer*

Förnamn*

Efternamn*

Adress*

Postnummer*

Ort*

Telefon*

E-post*

Ytterligare vårdnadshavare

Jag är ensam vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Ensam vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Vårdnadshavarens uppgifter

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-mailadress

Adress
Postnummer
Ort
Telefon*
Mobil*

Den som har behov av insats

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
E-post*

Funktionsnedsättning

Eventuell diagnos eller kort beskrivning
Anledning till ansökan och vad jag behöver hjälp och stöd med
Nuvarande insatser

Jag ansöker om insats/insatser enligt LSS

Jag ansöker om insats/insatser enligt LSS*	
<input type="checkbox"/> 9 § 2 Personlig assistent	<input type="checkbox"/> 9 § 3 Ledsagarservice
<input type="checkbox"/> 9 § 4 Kontaktperson	<input type="checkbox"/> 9 § 5 Avlösarservice
<input type="checkbox"/> 9 § 6 Korttidsvistelse	<input type="checkbox"/> 9 § 7 Korttidstillsyn
<input type="checkbox"/> 9 § 8 Familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar	<input type="checkbox"/> 9 § 9 Bostad med särskild service eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § 10 Daglig verksamhet	<input type="checkbox"/> 10 § Individuell plan
<input type="checkbox"/> Förhandsbesked enligt LSS 16 § (avser sökande bosatt i annan kommun)	<input type="checkbox"/> Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare
Jag har tidigare ansökt om/beviljats insats enligt LSS. Ange i vilken kommun:	

Medgivande och bilagor

Härmed godkänner jag att utredning får göras samt att erforderliga uppgifter för bedömning av detta ärende vid behov får inhämtas hos myndigheter, hälso- och sjukvård samt för ärendet andra aktuella verksamheter*
<input type="checkbox"/> Ja
Bifogande bilagor: läkarintyg, psykologutlåtande, intyg från arbetsterapeut och/eller annat intyg/utlåtande
Kopia på förordnade som god man/förvaltare respektive/eller fullmakt för ombud

För mer information hänvisar jag till

Förnamn
Efternamn
Titel
Telefonnummer
E-post

Omyndig person

För att göra denna e-tjänst så behöver man vara myndig. Du får be din/dina vårdnadshavare att göra e-tjänsten.

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Medsökande

Ort och datum

Underskrift