

De uppgifter du lämnar behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftlagen (PUL). Du medger att informationen Du lämnar får lagras och bearbetas i en databas av förvaltning/nämnd.

Du har rätt att begära rättelse om uppgifterna i registret är felaktiga samt kostnadsfritt 1 gång per år efter skriftlig ansökan få skriftlig information om registrerade uppgifter.

Sökanden (den funktionshindrade)

Namn		Personnummer	
Adress			
Postnummer	Postadress	Telefon (hem)	Telefon (dagtid)

Företrädare för den sökande Vårdnadshavare God man Förvaltare

Namn		Personnummer	
Adress			
Postnummer	Postadress	Telefon (hem)	Telefon (dagtid)

Ansökan avser följande insats/insatser

<input type="checkbox"/> Personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan assistans, enligt 9 § 2 LSS <input type="checkbox"/> Ledsagarservice, enligt 9 § 3 LSS <input type="checkbox"/> Kontaktperson, enligt 9 § 4 LSS <input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet, enligt 9 § 5 LSS <input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, enligt 9 § 6 LSS <input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet, enligt 9 § 7 LSS <input type="checkbox"/> Boende i familjehem eller i bostads med särskild service för barn och ungdom, enligt 9 § 8 LSS <input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna, enligt 9 § 9 LSS <input type="checkbox"/> Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig, enligt 9 § 10 LSS <input type="checkbox"/> Förhandsbesked, enligt 16 § LSS

Språk

Behov av tolk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Språk
---------------	-----------------------------	------------------------------	-------

Beskrivning

Funktionshinder (kort beskrivning)
Behov av hjälp/stöd

Medgivande

Härmed medger jag att nödvändiga uppgifter för bedömningen av detta ärende får inhämtas från skola, socialtjänst, landsting, försäkringskassa, arbetsförmedling samt andra myndigheter.

Ja Nej

Försäkran och underskrift

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är sanningsenliga och fullständiga och förbinder mig att anmäla förändringar i lämnade uppgifter. Jag är informerad om reglerna om återkrav enligt LSS § 12.

Datum	Sökandes underskrift
-------	----------------------

Behjälplig vid upprättandet

Namnteckning	Namnförtydligande
	Telefon (även riktnummer)
Utdelningsadress	E-post
Postnummer och postort	

Vid försenad eller utebliven betalning av eventuell faktura efter förfallodagen debiteras dröjsmålsränta enligt gällande Rättelag från Flens kommun. Även en påminnelseavgift har Flens kommun rätt att ta ut.

(Fylls i av Myndighetsenheten)

Förvaltning	Enhet	Handläggare	Telefon	Ansökningsdatum
-------------	-------	-------------	---------	-----------------