

DE HÄR LSS-INSATSERNA ANSÖKER JAG OM

<input type="checkbox"/> 9 § 1	Ansökan om Råd och Stöd göres hos Region Skåne
<input type="checkbox"/> 9 § 2	Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till sådan insats
<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"/> 9 § 7	Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9 § 8	Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
<input type="checkbox"/> 9 § 9	Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
<input type="checkbox"/> 9 § 10	Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (endast personkrets 1 och 2)
<input type="checkbox"/> § 10	Begäran om individuell plan (gäller när du beviljats LSS-insats)
<input type="checkbox"/> § 16	Förhandsbesked (gäller dig som bor i annan kommun och vill flytta till Malmö stad)
<input type="checkbox"/>	Jag har tidigare ansökt om/beviljats insatser enligt LSS
	Ange var (vilken kommun/stadsdel)

<input type="checkbox"/>	Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare
--------------------------	--

JAG BIFOGAR

<input type="checkbox"/> Läkartyg	<input type="checkbox"/> Psykologutlåtande	<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande
-----------------------------------	--	--	--

MEDGIVANDE

<input type="checkbox"/>	JA, jag medger att nödvändiga uppgifter för att kunna handlägga denna ansökan får inhämtas från Försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller andra myndigheter.*
<input type="checkbox"/>	NEJ, jag vill inte att ni inhämtar några uppgifter om mig eller min situation.

*Medgivandet kan återkallas när jag så önskar.

UNDERSKRIFT

Jag som gör denna ansökan är

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

Om ansökan gäller minderårig och föräldrarna har gemensam vårdnad skall båda vårdnadshavarna skriva under.

Ort/Datum	Ort/Datum
Underskrift	Underskrift
Namnförtydligande	Namnförtydligande

FÖR MER INFORMATION HÄNVISAR JAG TILL

Titel	Telefonnummer
Namn	Mobiltelefonnummer
	E-postadress

Ansökan skickas till den stadsdel du är folkbokförd.