

Ank. datum

## Begäran om insats enligt 9 § 2-10 LSS

Namn	Personnummer
Postadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	Tel. nr (inkl. riktnummer)

Ansökan avser: \_\_\_\_\_

- **Biträde av personlig assistent 9 § 2 LSS**
- **Ledsagarservice 9 § 3 LSS**
- **Biträde av kontaktperson 9 § 4 LSS**
- **Avlösarservice i hemmet 9 § 5 LSS**
- **Korttidsvistelse utanför det egna hemmet 9 § 6 LSS**  
(barn- och ungdomsboende, korttidsboende för vuxna, kontaktfamilj, lägervistelse)
- **Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år 9 § 7 LSS**  
(”ungdomsfritids”)
- **Boende i familjehem för barn och ungdom 9 § 8 LSS**
- **Bostad med särskild service för barn och ungdom 9 § 8 LSS**
- **Bostad med särskild service för vuxna 9 § 9 LSS**
- **Daglig verksamhet 9 § 10 LSS**
- **Begäran om upprättande av individuell plan enligt 10 § LSS**  
(den som har beviljats en insats ska erbjudas att en individuell plan upprättas över beslutade och planerade insatser. Planen ska upprättas i samråd med personen själv)

Övrig information:

### Samtycke

**JA**, den sökande samtycker till att handläggare på Utredningsenheten LSS/SoL får inhämta nödvändiga uppgifter och intyg från berörda instanser eller myndigheter för bedömning av hjälpbehov. Samtycke gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

### Behov av tolk

**JA**, språk:

### Sökande/vårdnadshavare 1/god man/förvaltares underskrift

Underskrift	Ort och datum
_____	_____
Namnförtydligande	
_____	

**OBS!** Vid gemensam vårdnad för barn under 18 år ska ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavare.

### Vårdnadshavare 2

Underskrift	Ort och datum
_____	_____
Namnförtydligande	
_____	

### Behjälplig vid ansökan

Namn	<input type="checkbox"/> Anhörig
_____	<input type="checkbox"/> God man/förvaltare
Telefonnummer	<input type="checkbox"/> Ombud
_____	<input type="checkbox"/> Personal
	<input type="checkbox"/> Annan: _____