



**Sökande**

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postadress och ort	Mobiltelefon
E-postadress	

**Beskrivning**

Den här funktionsnedsättningen har jag:

Det här behöver jag hjälp och stöd med:

**Behov av tolk**

Behövs tolk i kontakt med kommunens tjänsteman?

Nej  Ja, i så fall vilket språk?

**VÄND!**

## De här LSS-insatserna ansöker jag om

(Sätt ett kryss framför de insatser som du ansöker om)

- 9.2 Personlig assistent eller pengar till en personlig assistent
- 9.3 Ledsagarservice
- 9.4 Kontaktperson
- 9.5 Avlösarservice i hemmet
- 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9.7 Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- 9.8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9.9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad
- 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig (gäller personkrets 1 och 2)
- 10 § Begäran om individuell plan (gäller då man beviljats LSS-insats)
- 16 § Förhandsbesked (gäller dig som bor i en annan kommun)

Jag har tidigare ansökt eller fått insatser enligt LSS?  Ja  Nej

Om du svarat ja, i vilken kommun:

OBS! Skicka gärna med intyg eller utredning som gäller ditt funktionshinder, då kan vi utreda och besluta snabbare.

## Godkännande

För att kunna ta hand om din ansökan behöver vi ibland kontakta andra myndigheter.

Jag godkänner att ni får hämta upplysningar om mig hos försäkringskassan, socialtjänsten, sjukvården eller från en annan kommun:  Ja  Nej

## Underskrift

Jag som gör denna ansökan är:

Den funktionshindrade  God man  Förvaltare  Vårdnadshavare

Underskrift	Datum
-------------	-------

(Om ansökan gäller barn och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda föräldrarna skriva under)

## Medhjälpare

Jag som hjälpt till att göra denna ansökan är:

God man  Förvaltare  Annan

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postadress och ort	Mobiltelefon
E-postadress	

Information och tillgång till personuppgifter enligt artikel 13 i dataskyddsförordningen.

Socialnämnden, Karlskoga kommun är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter enligt ovan.

Våra kontaktuppgifter är:

Adress: Karlskoga kommun, Socialnämnden, 22. Socialförvaltningen, 691 83 Karlskoga Telefon: 0586 - 610 00

E-post: [sn@karlskoga.se](mailto:sn@karlskoga.se)

Kontaktuppgifter till vårt dataskyddsbud finns på [karlskoga.se/dataskyddsbud](http://karlskoga.se/dataskyddsbud) eller nås via 0586-610 00.

Personuppgifterna ska bara behandlas för det ändamål som anges i samtyckesmeningen.

Den rättsliga grunden för behandlingen är samtycke. De kategorier av personuppgifter som behandlas är endast de som anges i samtyckesmeningen.

Du har enligt artikel 15 dataskyddsförordningen rätt att gratis, erhålla besked om huruvida uppgifter behandlas om dig och kopior av de personuppgifter om dig som är under behandling. Du har också rätt att begära rättelse enligt artikel 16 samt radering av personuppgifter enligt artikel 17 eller begränsning av behandling som rör dig och att invända mot behandling samt begära dataportabilitet enligt artikel 20. Observera att rätten till radering innehåller flera begränsningar i artikel 17. Du har rätt att återkalla samtycket. Du har rätt att inge klagomål till Datainspektionen.

Ansökan skickas till: Karlskoga kommun, 691 83 Karlskoga

Ansökan skickas till: Karlskoga kommun, 691 83 Karlskoga