|  |  |
| --- | --- |
|  | **Skicka blanketten till:** Köpings kommun  Biståndsenheten  Sveavägen 21  731 32 Köping |

**Ansökan om stödinsatser enligt LSS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sökandes namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | **Telefonnummer** |
| **Postnummer och ort** | |
| **E-postadress** | |

Är du under 18 år, eller ansöker om insatser med hjälp av legal företrädare ska nedanstående tabell fyllas i. **Uppgifter om din företrädare**

|  |  |
| --- | --- |
| **Namn** | **Personnummer** |
| **Adress** | **Telefonnummer** |
| **Postnummer och ort** | |
| **Jag är:**  Framtidsfullmaktshavare  Förmyndare  Förvaltare  God man  Ombud enligt fullmakt Särskild förordnad vårdnadshavare  Vårdnadshavare | |

**Vilken insats ansöker du om?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd för sådan assistans |
|  | 9.3 Ledsagarservice |
|  | 9.4 Biträde av kontaktperson |
|  | 9.5 Avlösarservice i hemmet |
|  | 9.6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet |
|  | 9.7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år (utreds av Utbildningsförvaltningen) |
|  | 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom |
|  | 9.9 Bostad med särskild service för vuxna |
|  | 9.10 Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder utan förvärvsarbete som inte utbildar sig |
|  | § 20 Begäran om individuell plan (gäller när du redan har en beviljad en insats) |
|  | § 16 Förhandsbesked om rätt till ovan sökta insatser (gäller sökande från annan kommun som tänker bosätta sig i Köpings kommun. |

**Beskriv ditt behov av stöd och service   
Beskriv gärna omfattningen av stödet**

|  |
| --- |
|  |

**Annan viktig information (tex om du behöver tolk)**

|  |
| --- |
|  |

**Jag bifogar** Läkarintyg  Psykologutlåtande  Intyg från arbetsterapeut  Annat intyg/utlåtande   
 Registerutdrag om ställföreträdarskap god man/ förvaltare/ förmyndare/ särskild förordnad   
 vårdnadshavare/ framtidsfullmaktshavare / ombud med fullmakt

**Jag som gör denna ansökan är** Den sökande  Framtidsfullmaktshavare  Förmyndare  Förvaltare  God man

Ombud enligt fullmakt Särskild förordnad vårdnadshavare  Vårdnadshavare

**Samtycke**Jag samtycker till att Vård och Omsorgsnämnden får inhämta för utredningen nödvändiga uppgifter från andra myndigheter såsom försäkringskassa, arbetsförmedling, skola, hälso- och sjukvård och övrig socialtjänst  
 Ja  Nej

**Om ansökan gäller minderårig, och föräldrarna har gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavarna skriva under. Missas detta är ansökan inte giltig.**

**Jag försäkrar på heder och samvete att handlingar/uppgifter som lämnas till/under utredningen är riktiga och fullständiga**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ort och datum** | **Ort och datum** |
| **Underskrift** | **Underskrift** |
| **Namnförtydligande** | **Namnförtydligande** |

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i Köpings kommuns dataregister enligt dataskyddsförordningen. För ytterligare information se Köpings kommuns hemsida.