



Ansökan

Ansökan om insats enligt LSS – Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

Blanketten skickas till Marks kommun, Socialförvaltningen,
Myndighetsutövning Funktionsstöd
Klockaregatan 15, 511 80 Kinna

Personnummer

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer (även riktnummer)
Postnummer	Postort	

Ansökan ingiven av (om annan än sökanden)

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn		Telefonnummer (även riktnummer)
Adress		
Postnummer	Postort	

Insats/Insatser som begärs

<input type="checkbox"/> 9.2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans	<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 Korttidsstillsyn för skolungdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9.8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom	<input type="checkbox"/> 9.9 Bostad med särskild service för vuxna	<input type="checkbox"/> 9.10 Daglig verksamhet
<input type="checkbox"/> Ansökan om förhandsbesked enligt LSS 16 § 2 stycke		

Jag intygar att underlag får inhämtas från sjukvården, Försäkringskassan, socialtjänsten, skolan eller från en annan myndighet.

Datum	Underskrift
Ort	Namnförtydligande

Beskriv kort din funktionsvariation och orsak till ansökan

Angående uppgifter som lämnats på ansökningsblankett

För att vi ska kunna hantera ditt ärende behöver vi spara personuppgifter om dig.
På Mark.se/GDPR kan du läsa om hur Marks kommun behandlar personuppgifter
Om du har frågor, kontakta oss via e-post sn@mark.se eller via Marks kommunväxel 0320-21 70 00.