Kalmar kommun

Ansökan om stöd för dig med funktionsnedsättning

Skicka ansökan till	**Om du vill ha kontakt via telefon**
Socialförvaltningen Box 834 391 28 Kalmar	Ring Kalmar kommuns kontaktcenter 010-352 00 00

Mina uppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	

Behöver du eller ni tolk i kontakten med Socialförvaltningen?

☐ Ja	☐ Nej
Vilket språk	Dialekt

Om min funktionsnedsättning

Här kan du kort skriva vad du har för funktionsnedsättning, diagnos eller sjukdom

Jag behöver stöd med

Beskriv vilket behov av stöd du har

Jag ansöker om (markera med kryss vad du söker)

☐ Jag vill tillsammans med handläggare komma fram till lämplig insats
☐ Jag vet vilken insats/insatser jag vill ansöka om

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

☐ Personlig assistent, 9 § 2
☐ Ledsagarservice, 9 § 3
☐ Kontaktperson, 9 § 4
☐ Avlösarservice i hemmet, 9 § 5
☐ Korttidsvistelse utanför hemmet, 9 § 6
☐ Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen samt under lov, 9 § 7
☐ Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar, 9 § 8
☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, 9 § 9
☐ Daglig verksamhet, 9 § 10

Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)

☐ Boendestöd
☐ Kontaktperson
☐ Sysselsättning
☐ Bostad med särskild service/särskilt boende
☐ Jag vill tillsammans med handläggare komma fram till lämplig insats

Intyg som beskriver min funktionsnedsättning

För att vi ska kunna bedöma dina behov och din rätt till stöd behöver du lämna läkarintyg och/eller psykologutlåtande som beskriver din funktionsnedsättning och hur den påverkar dig. Har du inte något intyg rekommenderar vi dig att ordna med ett sådant direkt och sedan komplettera din ansökan med intyget.

Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av ansökan får inhämtas från

Uppgifter om min funktions-nedsättning finns hos		Skriv namn på eventuell kontaktperson	Intyg skickas med
◯	Arbetsförmedling		◯
◯	Försäkringskassa		◯
◯	Gymnasieskola		◯
◯	Kalmarsunds överförmyndarnämnd		◯
◯	Omsorgsförvaltningen		◯
◯	Region Kalmar län		◯
◯	Skolhälsovård		◯
◯	Socialförvaltningen		◯
◯	Utbildningsförvaltning		◯
◯	Annan myndighet/person		◯

Ansökan är gjord av

☐ God man	☐ Förvaltare
☐ Vårdnadshavare gemensam vårdnad (två underskrifter)	☐ Vårdnadshavare ensam vårdnad
☐ Fullmaktsinnehavare	

Bifoga registerutdrag för god man/förvaltare eller fullmakt.

Uppgifter om vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare

Namn	
Adress	Postadress
Telefonnummer	

Underskrift av mig som ansöker

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Underskrift av god man, förvaltare, vårdnadshavare (båda föräldrarna vid gemensam vårdnad) eller fullmaktsinnehavare

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Hur vi behandlar personuppgifter inom socialförvaltningen, se info på www.kalmar.se/integritetspolicy