



Den här blanketten kan du använda om du har en funktionsnedsättning och behöver stöd i din vardag.

- Blanketten kan du fylla i på datorn, sedan skriva ut och skicka till oss. Du kan också skriva ut blanketten och fylla i den för hand. Adressen finner du på sista sidan i den här blanketten.
- Om du tycker blanketten är svår att fylla i kan du fylla i rutan ”mina uppgifter” och i rutan ”underskrift av mig som ansöker”, så ringer vi upp dig när vi mottagit ansökan och ställer frågorna muntligt.
- Vill du ha hjälp med att ansöka, ring Kalmar kommuns kontaktcenter tel: 0480-450000, och be att de kopplar dig till en LSS-handläggare.

Mina uppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress
<input type="checkbox"/> Jag vill ha information och vill bli kontaktad på	<input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> E-post

Ansökan är gjord av

<input type="checkbox"/> Mig själv	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Fullmaktsinnehavare
------------------------------------	-----------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------

Jag har fått hjälp med ansökan av

Namn	Telefon dagtid
------	----------------

Uppgifter om vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare

Namn	
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

Om min funktionsnedsättning

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

Jag ansöker om (markera med kryss vad du söker)**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
- Korttidsstillsyn 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, 4 kap 1 §
- Kontaktperson, 3 kap 6b §
- Annan insats

Jag behöver stöd med

Beskriv vilket behov av stöd du har

Intyg och utlåtanden som beskriver min funktionsnedsättning

För att vi ska förstå och kunna bedöma ditt behov behöver vi hämta in uppgifter från andra. För att kunna göra det behöver vi din tillåtelse, det vill säga ditt samtycke. Fyll i rutorna här nedanför vem/vilka vi får kontakta och från vem du skickar med intyg och utlåtanden.

Uppgifter om min funktionsnedsättning finns hos	Skriv namn på eventuell kontaktperson	Intyg skickas med
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Försäkringskassan		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gymnasieskola		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kalmarsunds överförmyndarnämnd		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Regionen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skolhälsovård		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Socialförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utbildningsförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan myndighet/person		<input type="checkbox"/>

Om du inte har något läkarutlåtande som beskriver din funktionsnedsättning och hur den påverkar dig rekommenderar vi dig att ordna med ett sådant. Komplettera sedan din ansökan med utlåtandet.

Underskrift av mig som ansöker

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Om annan än sökanden själv, sätt kryss i lämplig ruta

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare gemensam vårdnad (två underskrifter)	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare ensam vårdnad
<input type="checkbox"/> Fullmaktsinnehavare	

Bifoga registerutdrag för god man/förvaltare eller fullmakt.

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

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Skicka ansökan till Socialförvaltningen Box 834 391 28 Kalmar	Om du vill ha kontakt via telefon Ring Kalmar kommuns kontaktcenter 0480-45 00 00 Besöksadress till LSS-handläggare Nygatan 36
-------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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