



<b>Skicka ansökan till</b> Socialförvaltningen Box 834 391 28 Kalmar	<b>Om du vill ha kontakt via telefon</b> Ring Kalmar kommuns kontaktcenter 0480-45 00 00
---	--

### Mina uppgifter

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

### Behöver du eller ni tolk i kontakten med Socialförvaltningen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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)**
**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  
 Kontaktperson  
 Sysselsättning  
 Bostad med särskild service/särskilt boende  
 Jag vill tillsammans med handläggare komma fram till lämplig insats

**Intyg som beskriver min funktionsnedsättning**

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

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

Uppgifter om min funktionsnedsättning finns hos	Skriv namn på eventuell kontaktperson	Intyg skickas med
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedling		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Försäkringskassa		<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"/> Region		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skolhälsovård		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Socialförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utbildningsförvaltning		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan myndighet/person		<input type="checkbox"/>

**Ansökan är gjord av**

<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.

**Uppgifter om vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare**

Namn	
Adress	Postadress
Telefon	E-postadress

**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](http://www.kalmar.se/integritetspolicy)