



Blankettanvisning

Vid gemensam vårdnad, för barn under 18 år, ska ansökan vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

Skickas till:

Hällefors kommun  
Enheten funktionsstöd  
712 83 Hällefors

### Uppgifter om dig som ansöker om insatser enligt LSS

För- och efternamn	Personnummer	
Gatuadress	E-postadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer	Mobil

### Jag ansöker om följande insatser enligt LSS

- Personlig assistent
- Ledsagare
- Biträde av kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför hemmet
- Korttidstillsyn till skolungdom över 12 år
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet för person i yrkesverksam ålder, utan förvärvsarbete och som inte utbildar sig
- Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare

### Beskrivning av funktionsnedsättning

### Beskriv varför du söker LSS-insatser och vad du behöver stöd och hjälp med

### Nuvarande insatser enligt LSS eller Socialtjänstlagen

**Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra?**

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter från andra myndigheter: Kryssa i vilka myndigheter du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassa                 | <input type="checkbox"/> Sjukvården         | <input type="checkbox"/> Habiliteringen |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsnämnden/landstingsarkivet | <input type="checkbox"/> Övrig socialtjänst | <input type="checkbox"/> Skola          |
| <input type="checkbox"/> Arbetsförmedling                 |   |   |

Med underskriften medger jag/vi att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser och som är sekretessbelagda hos sjukvården, Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen, Barn- och vuxenhabiliteringen eller socialtjänst får inhämtas.

**Vem är du som skrivit denna ansökan?**

<input type="checkbox"/> Den funktionsnedsatte <input type="checkbox"/> God man <input type="checkbox"/> Förvaltare <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare			
För- och efternamn		För- och efternamn	
Gatuadress		Gatuadress	
Postnummer och -ort		Postnummer och -ort	
E-postadress		E-postadress	
Telefonnummer	Mobil	Telefonnummer	Mobil

**Underskrift av dig som skrivit denna ansökan**

Ort och datum	Ort och datum
Namnsteckning	Namnsteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

**Behandling av personuppgifter**

Hällefors kommun behandlar dina personuppgifter (namn, adress, mejladress, telefonnr och personnr) i enlighet med gällande lagstiftning för att kunna hantera din ansökan. Kommunen har rätt att använda dina personuppgifter i enlighet med gällande lagstiftning enligt lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Dina personuppgifter kommer att sparas hos kommunen i enlighet med gällande lagstiftning, vilket innebär att personuppgifterna sparas för all framtid.

Om du vill ha information om de uppgifter Hällefors kommun har om dig, begära rättelse, lämna in invändningar eller annat, har du rätt att kontakta kommunen. Enklast görs det på [kommun@hellefors.se](mailto:kommun@hellefors.se)

Du når vårt dataskyddsbud på [dataskydd@hellefors.se](mailto:dataskydd@hellefors.se).

Tillsynsmyndighet är Datainspektionen.

Mer information: [www.hellefors.se/gdpr](http://www.hellefors.se/gdpr)