

**BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT  
LSS**  
(LAGEN OM STÖD OCH SERVICE TILL  
VISSA FUNKTIONSHINDRADE)

**Begäran gäller:**

Namn:	Personnummer:
Adress:	Telefon:
Mail:	

**Beskriv varför du begär LSS-insatser och vad du behöver hjälp med:**


**Jag ansöker om följande LSS - insatser:**

- 9 § 2 Personlig assistent
- 9 § 3 Ledsagarservice
- 9 § 4 Kontaktperson
- 9 § 5 Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 Korttidsvistelse utanför hemmet
- 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år
- 9 § 8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- 9 § 9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9 § 10 Daglig verksamhet
- 
- Individuell plan
- Jag vet inte vilken insats som är lämplig och vill rådgöra med handläggare

**Nuvarande insatser enligt LSS eller Socialtjänstlagen, (ex.hemtjänst, boendestöd):**


Vänd och fortsätt fylla i blanketten på nästa sida.

**Ansökan om insatser enligt LSS i samband med resor, (ifylles endast vid resa):**

Vart och när skall du resa?
Vad kostar resan och logi för ledsagaren?
Hur många timmar personlig assistans/ledsagning söker du i samband med resan?
Vad är syftet med resan?
När reste du senast med ledsagare/assistent?

**Jag gör ansökan för egen del och godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvideras från läkare, sjukvårdsinrättning, försäkringskassa eller annan myndighet:**

Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:
--------	--------------	--------------------

**Jag är vårdnadshavare, god man, förvaltare och ansöker för ovanstående person och godkänner att utredning får göras samt att erforderligt underlag för detta beslut får rekvideras från läkare, sjukvårdsinrättning, försäkringskassa eller annan myndighet:**

Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:
Datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:

**Vem har rätt att få LSS-insatser?**

1. personer med utvecklingsstörning, autism eller autismsliknande tillstånd
2. personer med begåvningsmässigt funktionshinder som uppstått efter hjärnskada i vuxen ålder
3. personer med varaktigt fysiskt eller psykiskt funktionshinder med ett omfattande behov av stöd och service.

**Vad händer efter att du lämnat in din ansökan?**

Ansökan tas om hand och utreds av en LSS-handläggare. LSS-handläggaren samlar in de uppgifter som behövs för att göra en bedömning av om du omfattas av LSS personkrets och om du har behov/rätt till att få insatser enligt LSS. De uppgifter som ligger till grund för beslutet är tex. läkarutlåtande, arbetsterapiintyg och uppgifter som kommit fram vid ett hembesök eller möte. Det tar tre månader innan du får ett beslut om du kan få insatser enligt LSS. Handläggningstiden kan variera beroende på om det dröjer innan intyg kommer in och om det är många som samtidigt söker om insatser. Om du inte är nöjd med det beslut du får kan det överklagas till Förvaltningsrätten i Göteborg. Om du inte beviljas insatser enligt LSS har du möjlighet att söka insatser enligt Socialtjänstlagen.

**Ansökan sänds till:**

**Lysekils kommun  
LSS/psykiatri, socialförvaltningen  
453 80 Lysekil**

**Har du ytterligare frågor kontakta LSS-handläggare på tfn:0523-61 33 24 el. 070-63 97 731 eller mail:förnamn.efternamn@lysekil.se**