



Stöd och service enligt LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, ger personer med funktionsnedsättningar möjlighet att leva som andra. För att du ska ha rätt till stöd enligt LSS ska du ingå i någon av de tre personkretsar som omfattas av lagen, ha ett utrett behov av insatsen och behovet ska inte kunna tillgodoses på annat sätt.

Personkretsar som omfattas av LSS

- Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.
- Personer som i vuxen ålder på grund av olycka eller sjukdom har fått en hjärnskada som innebär att personen har betydande svårigheter att förstå.
- Personer som har andra varaktiga och stora fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som därmed behöver mycket stöd och hjälp.

Insatser enligt LSS 9 §

1. Rådgivning och annat personligt stöd (OBS! insatsen ansöker du om hos Region Skåne)
2. Personlig assistans
3. Ledsagarservice
4. Kontaktperson
5. Avlösarservice i hemmet
6. Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
7. Korttidsutlysning för skolungdom över 12 år. Skolungdom över 12 år ska kunna få tillsyn före och efter skoldagen samt under skolloven.
8. Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn
9. Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad
10. Daglig verksamhet

Tänk på att...

- Handläggningstiden påverkas av om din ansökan med eventuella intyg är komplett.
- Lämna aktuell adress och telefonnummer där vårdnadshavarna kan nås på dagtid.
- När det finns två vårdnadshavare, måste båda samtycka till ansökan och signera den.
- Ungdomar över 15 år ska samtycka till insatsen som söks.
- Ungdomar över 18 år ansöker själva om insatser eller hjälp av god man, bifoga förordnandet av god man.
- Eventuella fullmakter ska vara bevittnade.
- Insatserna är kostnadsfria, men du betalar själv för mat, hyra och dina kostnader i samband med aktiviteter.

För mer information se stadens hemsida, www.helsingborg.se eller kontakta Helsingborg kontaktcenter, 042-10 50 00.



Ansökan om insatser enligt LSS

Ansökan avser

Namn	Personnummer
Gatuadress, postnummer och postort	
Telefonnummer (inkl riktnr.)	E-post

Ange insats/insatser ansökan avser

- biträde av personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan assistans
- ledsagarservice
- biträde av kontaktperson
- avlösarservice i hemmet
- korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- korttidstillsyn för skolungdom över 12 år utanför det egna hemmet
- boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdomar
- bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder

Funktionsnedsättning

Beskriv behovet av hjälp och stöd

Har du pågående eller ansökta insatser från någon annan?

Till exempel från sjukvården, socialtjänsten, skola/barnomsorg eller Försäkringskassan.

- Nej Ja Om ja, vilken insats

Behov av tolk

- Nej Ja Om ja, vilket språk eller vilken typ av tolk?

Godkännande att hämta uppgifter från andra myndigheter

För att vi ska kunna behandla din ansökan kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Detta görs enbart efter överenskommelse med dig. Kryssa i vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

<input type="checkbox"/> Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen	<input type="checkbox"/> Sjukvården
<input type="checkbox"/> Habiliteringen	<input type="checkbox"/> Övrig socialtjänst	<input type="checkbox"/> Tidigare kommun
<input type="checkbox"/> Barnomsorg	<input type="checkbox"/> Skola	

Jag bifogar

<input type="checkbox"/> Läkarintyg	<input type="checkbox"/> Psykologutlåtande	<input type="checkbox"/> Intyg från arbetsterapeut	<input type="checkbox"/> Annat intyg/utlåtande
-------------------------------------	--	--	--

Företrädare för den sökande

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förmyndare/god man	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förmyndare/god man
<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Ombud med fullmakt
Namn		Namn	
Adress		Adress	
Postadress		Postadress	
Telefon		Telefon	
Mobil		Mobil	
E-post		E-post	

Namnunderskrift

Ort/datum

Sökande

Sökande

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

Namnförtydligande

Namnförtydligande

Ovanstående personuppgifter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL).

Ansökan skickas till

Vård- och omsorgsförvaltningen, Carl Westmans allé 5, 251 89 Helsingborg