

Vård och omsorg

Blankettanvisning

Ansökan om LSS insatser. Fyll i nedanstående uppgifter så noga som möjligt. Därefter sänder du den till Osby kommun, adressen finns här till höger.

Skickas till:

Osby kommun
Vård och omsorg

283 80 Osby

Till ansökan ska du bifoga **läkarutlåtande och psykologbedömning** som beskriver din funktionsnedsättning där diagnoser framgår. Behandling av ansökan kan inte påbörjas om ansökan inte är komplett med dessa intyg.

Föräldrar som har gemensam vårdnad ansöker om insats för ett barn under 18 år krävs att ansökan är underskriven av båda föräldrarna (6 kap. 1 och 13 §§ föräldrabalken)

Personuppgifter på den som behöver insatsen

Namn	Personnummer
Gatuadress	E-postadress
Postnummer och ort	Telefonnummer/Mobilnummer

Har du frågor kontakta LSS handläggaren så får du hjälp. Du når dem på telefon 0479-52 82 87 eller 0479-52 80 00. Information om de olika insatserna finns på Osby kommuns hemsida: www.osby.se/stod--omsorg/personer-med-funktionsnedsattning.html

Beskriv ditt funktionshinder och hur din praktiska situation ser ut idag

Jag behöver hjälp med

Annat språk än svenska

Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Språk:
------------------------------------------------------------------------	--------

Information

Uppgifterna som lämnas i samband med ansökan samt annan övrig dokumentation förs in i vård och omsorgs verksamhetssystem och en personakt läggs upp. Det är enbart personal inom vård och omsorg som arbetar med ditt ärende som får ta del av informationen. Vissa statistikuppgifter lämnas till annan myndighet.

Ovanstående uppgifter är sekretessbelagda enligt sekretesslagen 7 kap 4 §. All personal inom vård och omsorg har tystnadsplikt och får inte lämna ut uppgifter till obehöriga om dig eller dina förhållanden. Det enda undantaget är de myndigheter som du via ansökan eller på annat sätt lämnat tillstånd till vård och omsorg att samarbeta med.

Medgivande/samtycke

För en korrekt bedömning ska kunna göras kan vi behöva inhämta uppgifter från t ex Försäkringskassan, Landstinget, socialtjänsten eller från annan nämnd i Osby kommun.

För mer information om hur Osby kommun hanterar dina personuppgifter se www.osby.se

Underskrift (sätt kryss i lämplig ruta)

<input type="checkbox"/> Den enskilde	<input type="checkbox"/> Båda vårdnadshavarna	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
---------------------------------------	-----------------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

Datum	Datum
Namnteckning	Namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande
Telefon	Telefon