

**Ansökan skickas till:**

Torsås kommun  
Socialförvaltningen  
Box 503  
385 25 Torsås

**Sökande**

Namn (för- och efternamn)	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon	

**Företrädare för den sökande** (bifoga registerutdrag gällande god man/förvaltare)

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förmyndare	<input type="checkbox"/> Förvaltare
Namn			
Adress		Postadress	
Telefon		E-post	

**Jag ansöker om**

- 9 § 2 Biträde av personlig assistent eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för assistans
- 9 § 3 Ledsagarservice
- 9 § 4 Biträde av kontaktperson
- 9 § 5 Avlösarservice i hemmet
- 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över tolv år i anslutning till skoldagen samt under lov
- 9 § 8 Boende i familjehem eller 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

**Funktionsnedsättning kort beskrivning (bifoga aktuellt läkarintyg eller psykologutlåtande)**

--

Övriga upplysningar
---------------------

#### Samtycke i samband med ansökan

Jag samtycker till att informationen rörande denna ansökan får utbytas mellan följande parter (t.ex. föräldrar, närstående eller annan viktig person)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

#### Medgivande

Jag medger att uppgifter för bedömning av ansökan vid behov får inhämtas från Försäkringskassan, Regionen, Socialtjänst, Omsorgsförvaltning, Arbetsförmedling, Barn- och utbildningsförvaltningen och Överförmyndarnämnden (bifoga kopia på registerutdrag om ställföreträdarskap)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

#### Samtycke efter utredningen

Jag samtycker att information får utbytas mellan verkställigheten och biståndshandläggarna.		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

#### Sökandes underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

#### Legal ställföreträdarens underskrift

Datum	Underskrift	Namnförtydligande

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

#### Underskrift vårdnadshavare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Telefonnummer	Adress	Postnummer och ort

#### Underskrift vårdnadshavare

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Telefonnummer	Adress	Postnummer och ort

#### Information om behandling av personuppgifter (GDPR)

I och med att ni ansöker om särskilda insatser enligt LSS hos oss kommer Dina inlämnade personuppgifter att förtecknas i ett databaserat register hos Torsås kommun. Uppgifterna kommer att sparas hos oss för vårt uppföljningsarbete och kan komma att användas i förnyad kontakt. Vi hanterar personuppgifter utifrån Dataskyddsförordningens regler. Information om våra personuppgiftsregister hittar du på [www.torsas.se/gdpr](http://www.torsas.se/gdpr).