



Information

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är till för personer med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

Vem kan ansöka?

Den som är i behov av insatser (den sökande) måste själv vilja ta emot stödet. Är du god man, förvaltare eller fullmaktshavare kan du ansöka om insatser till någon annan. Du använder då din egen e-legitimation.

Som anhörig kan du ta en kontakt med socialkontorets biståndshandläggare om du vill ha mer information om någon insats, eller initiera ett hembesök med din närstående.

Signering

Om den sökande är under 15 år är det du som vårdnadshavare som gör ansökan med din e-legitimation. Är ni två vårdnadshavare behöver båda signera med varsin e-legitimation, se mer information nedan. Även god man, förvaltare och fullmaktshavare kan signera ansökan.

Så här fungerar flera elektroniska underskrifter:

För att vårdnadshavare 2 ska kunna signera elektroniskt måste han/hon ha ett konto, dvs loggat in någon gång, i "mina ärenden" på Strängnäs kommuns webbplats. Länk till inloggningen finns högst upp och längst ut i högra hörnet på kommunens e-tjänstsidor (<http://www.strangnas.se/sv/E-tjanster/>)

När vårdnadshavare 1 har signerat formuläret får vårdnadshavare 2 information genom ett sms eller e-post till det telefonnummer eller den e-postadress som han/hon angett i "mina ärenden". Informationen innehåller instruktioner om hur vårdnadshavaren ska signera ansökan. Vårdnadshavare 1 får en bekräftelse till sin e-postadress eller mobiltelefonnummer efter att vårdnadshavare 2 har signerat ansökan. Om vårdnadshavare 2 gör någon ändring i ansökan kommer vårdnadshavare 1 få tillbaka ansökan för signering.

I samband med att du lämnar uppgifterna i e-tjänsten medger du att Strängnäs kommun behandlar personuppgifterna om dig enligt personuppgiftslagen (PUL). Enligt §§ 26 och 28 i samma lag har du rätt att, på skriftlig begäran, få information om och rättelse av de uppgifter som behandlas.

**Insatser****Insatser**

Samtliga paragrafer nedan hänvisar till Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Rådgivning och annat personligt stöd (9 § 1 p.) ansöks hos Landstinget.

Kryssa i vilken/vilka insatser du ansöker om.

Personlig assistent upp till 20 tim/vecka (över 20 tim ansöks hos Försäkringskassan) 9 § 2 p.

Ledsagarservice 9 § 3 p.

Biträde av kontaktperson 9 § 4 p.

Avlösarservice i hemmet 9 § 5 p.

Korttidsvistelse utanför det egna hemmet 9 § 6 p.

Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov 9 § 7 p.

Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar 9 § 8 p.

Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna 9 § 9 p.

Daglig verksamhet 9 § 10 p.

Individuell plan 10 §

Förhandsbesked 16 §

Beskrivning av funktionsnedsättningen

Hur ser din praktiska situation ut (hur fungerar din vardag)? *



Beskriv din funktionsnedsättning (kort) *

Beskriv vad du behöver hjälp med, till exempel förflyttning, personlig hygien etc *

Har du tidigare ansökt om eller fått insatser enligt LSS? * (Endast ett val)

Ja

Nej

I vilken kommun? *

Vilket/vilka år? *

Har du några nuvarande insatser enligt LSS (till exempel kontaktperson, boendestöd)? * (Endast ett val)

Ja

Nej

Vilken typ av insatser? *

**Personuppgifter**

Vem är det som gör den här ansökan? * (Endast ett val)

- Den sökande själv
- Vårdnadshavare
- God man/förvaltare/fullmaktshavare

God man, förvaltare, fullmaktshavare eller vårdnadshavare?

Är du god man, förvaltare, fullmaktshavare eller vårdnadshavare använder du din e-legitimation vid signeringen.

Sökande

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress

God man/förvaltare/fullmaktshavare

Förnamn *	Efternamn *	
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Var god skriv ner namnen eller annan identifikation, och beskrivning av de bifogade filer som skickas med ansökan.

Bilagans Namn/ID-nummer	Beskrivning av bilaga
	Bifoga intyg eller fullmakt

Du kan bifoga ditt intyg eller fullmakt direkt i e-tjänsten. Det går också att skicka in en kopia med vanlig post till Socialkontoret, Strängnäs kommun, Nygatan 10, 645 80 Strängnäs eller e-post socialnamnden@strangnas.se.

**Vårdnadshavare**

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Är ni två vårdnadshavare * (Endast ett val)

 Ja Nej**Vårdnadshavare 2**

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Övrigt

Behöver du tolk när du har kontakt med oss? * (Endast ett val)

 Ja Nej

Vilket språk? *

**Samtycke och personuppgiftsbehandling**

I samband med min underskrift samtycker jag till att uppgifter som är nödvändiga för bedömning av rätt till sökta insatser och som kan vara sekretessbelagda, får inhämtas hos t. ex Försäkringskassan, Landstinget eller Socialtjänsten. *

Insamlade personuppgifter kommer att registreras, lagras och användas som underlag för beslut om insatser och avgifter. Uppgifterna registreras enligt Lag (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten. Dessa uppgifter är sekretesskyddade. Jag är införstådd med att de registreras i kommunens verksamhetssystem. *

Underskriftstyp

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Underskriftstyp'**)

Namnförtydligande

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Vårdnadshavare 2'**)

Namnförtydligande