



**Handlingarna ska skickas till:**

Örnsköldsviks kommun, Vårdförvaltningen  
Utredningsenheten LSS, psykosociala vuxenområdet och BAB,  
Nygatan 16 vån 2  
891 88 Örnsköldsvik

**Personuppgifter**

Sökandes namn:	Personnummer:
Utdelningsadress (gata, box etc):	Telefon bostad (även riktnummer):
Postnummer och postort:	Mobil nr:
e-post adress	

**Insats/Insatser som söks**

- 9§2 Biträde av personlig assistans eller ekonomiskt stöd till skäligen kostnader för sådan 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 12 år utanför det egna hemmet
- 9§8 Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn och ungdom
- 9§9 Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- 9§10 Daglig verksamhet

**Beskrivning**

<b>Jag söker insats/insatser därför att:</b>
<b>Min funktionsnedsättning är (ev diagnos och/eller kort beskrivning). <u>Bifoga gärna ett intyg:</u></b>



<b>Beskrivning av mitt stöd- och hjälpbehov i det vardagliga:</b>

### Sökandes medgivande och underskrift

Den sökande är:			
<input type="checkbox"/> Personen själv	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Förvaltare	<input type="checkbox"/> Godman

Jag tillåter att LSS handläggare i Örnsköldsviks kommun får inhämta de uppgifter som behövs för handläggning av ärendet från försäkringskassa, arbetsförmedlingen, sjukvården, skolan samt från andra enheter/avdelningar inom välfärdsförvaltningen. (Stryk över där medgivande till kontakt <b>inte</b> ges)	
Ort och datum	
Namnteckning (sökande eller vårdnadshavare)	Namnförtydligande
Namnteckning (vårdnadshavare)	Namnförtydligande

*För barn under 18 år krävs **båda** vårdnadshavares underskrifter*

*För vuxna som inte själv kan underteckna eller föra sin egen talan krävs underskrift av juridisk företrädare*

### Behjälplig vid upprättande av ansökan

Namnteckning:	Namnförtydligande
Utdelningsadress (gata, box etc)	Telefon dagtid:

Dina personuppgifter kommer att registreras av kommunen för diarium, handläggning och arkivering. Uppgifterna behandlas enligt Dataskyddsförordningen, GDPR.

**Vid frågor kontakta LSS-handläggare genom att ringa kontaktcenter tfn 0660-880 00**

Postadress

SE-891 88 Örnsköldsvik  
Org.nr 212000-2445  
www.ornskoldsvik.se

Besöksadress

Nygatan 16 vån 2  
Förvaltningens e-postadress  
valfard@ornskoldsvik.se

Telefon

0660-880 00 vx  
Fax  
0660-880 42

Bankgiro

188-4774