



## BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT LSS

(Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)

**KALIX KOMMUN**  
Socialförvaltningen

### Sökande

|                             |              |              |              |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Efternamn                   | Förnamn      | Personnummer |              |
| Adress                      |              | Postnummer   | Postort      |
| Telefonnummer (även riktnr) | Mobil nummer |              | E-postadress |

Jag har:  Godman  Förvaltare  Framtidsfullmakt

### Godman/Förvaltare

|                             |              |              |              |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Efternamn                   | Förnamn      | Personnummer |              |
| Adress                      |              | Postnummer   | Postort      |
| Telefonnummer (även riktnr) | Mobil nummer |              | E-postadress |

### Behov av hjälp

|                               |
|-------------------------------|
| Beskriv hur vardagen fungerar |
|                               |
|                               |

### Begäran om

- Personlig assistans
- Ledsagarservice
- Kontaktperson
- Avlösarservice i hemmet
- Korttidsvistelse utanför det egna hemmet
- Korttidsstillsyn för barn över 12 år utanför det egna hemmet
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdom
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna
- Daglig verksamhet

---

|                   |                     |                   |             |                        |                 |                 |
|-------------------|---------------------|-------------------|-------------|------------------------|-----------------|-----------------|
| <b>POSTADRESS</b> | <b>BESÖKSADRESS</b> | <b>TELEFON</b>    | <b>FAX</b>  | <b>E-MAIL</b>          | <b>BANKGIRO</b> | <b>POSTGIRO</b> |
| 952 81 Kalix      | Nygatan 4           | Växel 0923-650 00 | 0923-773 08 | socialnamnden@kalix.se | 755-1328        | 6 02 50-8       |



## BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT LSS

(Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)

**KALIX KOMMUN**  
Socialförvaltningen

### Behjälplig vid ansökan

|                             |              |              |              |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Efternamn                   | Förnamn      | Personnummer |              |
| Adress                      |              | Postnummer   | Postort      |
| Telefonnummer (även riktnr) | Mobil nummer |              | E-postadress |

### Behandling av personuppgifter

När du skickar in denna blankett kommer dina personuppgifter att behandlas av Socialnämnden i Kalix kommun som är personuppgiftsansvarig. För mer information om hur dina personuppgifter behandlas hänvisas till

<https://www.kalix.se/kommun/Beslut-insyn-och-rattssakerhet/personuppgifter/>

Du kan även få information om vilka personuppgifter vi har sparat om dig, genom att skicka en skriftlig begäran till Socialnämnden. För din information vill vi meddela att dina personuppgifter används för handläggning, dokumentation, administration, verkställighet av beslut, behandlingsarbete och annat som ingår i myndighetsutövningen inom socialnämndens verksamhetsområde.

Om du vill ha ytterligare information om vilka personuppgifter som finns registrerade eller om du vill att dessa skall ändras är vi tacksamma för skriftligt besked om detta till:

Kalix kommun, Socialnämnden  
Dataskyddsombud Thomas Johansson  
Nygatan 4, 952 81 Kalix.



## BEGÄRAN OM INSATSER ENLIGT LSS

(Lagen om Stöd och Service till vissa funktionshindrade)

**KALIX KOMMUN**  
Socialförvaltningen

### Medgivande/ Samtycke

För att få fram ett beslutsunderlag som gör det möjligt att bevilja eller avslå Er ansökan krävs enligt lagstiftningen att handläggare i ärendet dokumenterar allt som är av betydelse i ärendet. Olika områden analyseras om hur det fungerat tidigare, hur det fungerar nu och hur Du skulle önska att det fungerar. Exempel på områden som vi kan behöva uppgifter på är personliga behov, hälsosituation, hushållet och bostaden, socialt nätverk, närstående/ familj.

Handläggaren kan behöva inhämta uppgifter av exempelvis behandlande läkare, distriktssköterska, annan vårdgivare, annan myndighet, närstående mm.

### SAMTYCKE

|                        |                             |                              |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Behandlande läkare     | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Distriktssköterska     | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Arbetsterapeut         | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Fysioterapeut          | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Närstående             | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Legal ställföreträdare | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Arbetsförmedling       | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| Försäkringskassan      | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Övrig kontakt Ja  Uppge vem?.....

Om Du har assistansersättning enligt SFB, krävs alltid försäkringskassans aktuella SFB-beslut/ promemoria som en del i beslutsunderlaget.

Avser begäran tillfällig utökning av den personliga assistansen krävs dessutom underlag som påvisar att beviljade timmar är förbrukade.

Kopia på Försäkringskassans SFB-beslut/ promemoria bifogas/ får inhämtas Ja  Nej

Underlag beviljad SFB- nyttjad SFB bifogas/ får inhämtas Ja  Nej

### Underskrift

|              |                   |
|--------------|-------------------|
| Namnteckning | Namnförtydligande |
| Datum/ort    |                   |