



<b>Skicka ansökan till</b> Socialförvaltningen Box 834 391 28 Kalmar	<b>Om du vill ha kontakt via telefon</b> Ring Kalmar kommuns kontaktcenter 010-352 00 00
---	--

**Mina uppgifter**

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefonnummer	

**Behöver du eller ni tolk i kontakten med Socialförvaltningen?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vilket språk	Dialekt

**Om min funktionsnedsättning**

Här kan du kort skriva vad du har för funktionsnedsättning, diagnos eller sjukdom

**Jag behöver stöd med**

Beskriv vilket behov av stöd du har

**Jag ansöker om (markera med kryss vad du söker)**

- Jag vill tillsammans med handläggare komma fram till lämplig insats
- Jag vet vilken insats/insatser jag vill ansöka om

**Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)**

- Personlig assistent, 9 § 2
- Ledsagarservice, 9 § 3
- Kontaktperson, 9 § 4
- Avlösarservice i hemmet, 9 § 5
- Korttidsvistelse utanför hemmet, 9 § 6
- Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år i anslutning till skoldagen samt under lov, 9 § 7
- Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar, 9 § 8
- Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna, 9 § 9
- Daglig verksamhet, 9 § 10

**Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)**

- Boendestöd
- Kontaktperson
- Sysselsättning
- Bostad med särskild service/särskilt boende
- Jag vill tillsammans med handläggare komma fram till lämplig insats

**Intyg som beskriver min funktionsnedsättning**

För att vi ska kunna bedöma dina behov och din rätt till stöd behöver du lämna läkarintyg och/eller psykologutlåtande som beskriver din funktionsnedsättning och hur den påverkar dig. Har du inte något intyg rekommenderar vi dig att ordna med ett sådant direkt och sedan komplettera din ansökan med intyget.

Jag samtycker till att uppgifter för bedömning av ansökan får inhämtas från

Uppgifter om min funktionsnedsättning finns hos	Skriv namn på eventuell kontaktperson	Intyg skickas med
<input type="checkbox"/> Arbetsförmedling		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Försäkringskassa		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gymnasieskola		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kalmarsunds överförmyndarnämnd		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Omsorgsförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Region Kalmar län		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Skolhälsovård		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Socialförvaltningen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utbildningsförvaltning		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annan myndighet/person		<input type="checkbox"/>

**Ansökan är gjord av**

<input type="checkbox"/> God man	<input type="checkbox"/> Förvaltare
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare gemensam vårdnad (två underskrifter)	<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare ensam vårdnad
<input type="checkbox"/> Fullmaktsinnehavare	

Bifoga registerutdrag för god man/förvaltare eller fullmakt.

**Uppgifter om vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare**

Namn	
Adress	Postadress
Telefonnummer	

**Underskrift av mig som ansöker**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------

**Underskrift av god man, förvaltare, vårdnadshavare (båda föräldrarna vid gemensam vårdnad) eller fullmaktsinnehavare**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Datum	Namnteckning	Namnförtydligande

Hur vi behandlar personuppgifter inom socialförvaltningen, se info på [www.kalmar.se/integritetspolicy](http://www.kalmar.se/integritetspolicy)