Malmö stad

Funktionsstödsförvaltningen

Ankomstdatum till FSF Myndighet
Funktionsstödsförvaltningens egen anteckning.

Ansökan om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), barn och unga 0–18 år

Dina uppgifter (barnets uppgifter)

För- och efternamn:

Personnummer:

Postadress (gata, box etcetera):

Postnummer och ort:

Telefonnummer:

E-postadress:

Kontaktuppgifter till vårdnadshavare 1 eller annan person

För- och efternamn:

Personnummer:

Postadress (gata, box etcetera):

Postnummer och ort:

Telefonnummer:

E-postadress:

Kontaktuppgifter till vårdnadshavare 2

Fyll i här om det finns en andra vårdnadshavare.

För- och efternamn:

_____

Personnummer:

_____

Postadress (gata, box etcetera):

_____

Postnummer och ort:

_____

Telefonnummer:

_____

E-postadress:

_____

Du ansöker om

☐ Personlig assistans

☐ Tillfällig utökning av Personlig assistans

Fyll i den period som insatsen behöver utökas:

_____

☐ Ledsagare (ledsagarservice)

☐ Kontaktperson

☐ Avlösare (avlösarservice)

☐ Korttid (korttidsvistelse utanför det egna hemmet)

☐ Korttidstillsyn (korttidstillsyn för skolungdom över 12 år)

☐ Boende barn och unga (Bostad med särskild service för barn och ungdom)

☐ Boende vuxen (Bostad med särskild service för vuxna)

☐ Daglig verksamhet

Beskriv kort vad du behöver hjälp med

Ansökan om förhandsbesked

☐ Jag ansöker om förhandsbesked

Om din flytt är planerad, skriv vilket datum du planerar att flytta.

Om du behöver tolk

Vilket språk behöver du tolk för?

Samtycke för utbyte av information

☐ Jag samtycker till att funktionsstödsförvaltningen utbyter uppgifter om mig med andra myndigheter eller aktörer, som är nödvändiga för att handlägga min ansökan. Jag förstår att jag när som helst kan återkalla mitt samtycke genom att kontakta min socialsekreterare.

Namn och kontaktuppgifter till den/de du vill att vi ska kontakta. Skriv också inom vilken verksamhet personen arbetar.

Underskrift

Din underskrift alternativt underskrift av vårdnadshavare 1, god man, förvaltare eller fullmaktshavare.

Jag försäkrar att uppgifterna i ansökan och de bilagor som skickas med ansökan är korrekta och fullständiga.

Ort och datum:

Namn tydligt textat:

Underskrift

Underskrift vårdnadshavare 2

Jag försäkrar att uppgifterna i ansökan och de bilagor som skickas med ansökan är korrekta och fullständiga. (Om det finns en andra vårdnadshavare.)

Ort och datum:

Namn tydligt textat:

Underskrift

Mer information vi behöver

För att vi ska kunna handlägga din ansökan behöver du skicka in relevanta dokument, som till exempel läkarintyg, psykologintyg, fullmakt eller andra handlingar.

Om du har en ställföreträdare, som god man eller förvaltare, behöver du skicka in ett registerutdrag för ställföreträdare från överförmyndarnämnden.

Om du redan har skickat in dokument eller registerutdrag till funktionsstödsförvaltningen behöver du inte skicka dem igen.

Skicka in ansökan

Skicka ifylld ansökan och eventuella bilagor till:

Malmö stad
Funktionsstödsförvaltningen
Avdelning myndighet och förebyggande socialtjänst
Fänriksgatan 1
205 80 Malmö

Hantering av personuppgifter: Information om dataskyddsförordningen: Personuppgifter i ansökan behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR. För mer information se Malmö stads hemsida: malmo.se/personuppgifter.