



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 i hemmet)
- 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 ifyllt 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](https://malmo.se/personuppgifter).