

## Begäran om insatser enligt § 9 LSS

### INFORMATION OM PERSONUPPGIFTSBEHANDLING

De uppgifter du/ni har lämnat behandlar vi i enlighet med gällande lag för behandling av personuppgifter. Uppgifterna behandlas för att utreda om behovet är styrkt och att den enskilde har goda levnadsvillkor. Behandlingen görs i enlighet med LSS.

Uppgifterna sparas i 5 år. Undantag för dag 5:e, 15:e och 25:e som sparas i kommunarkivet. Beslut gällande 9 § 8 sparas också i kommunarkivet. Du/Ni har rätt att ta del av de uppgifter kommunen har om er och även begära rättelse om de är felaktiga.

Personuppgiftsansvarig: Social- och äldre nämnden.

Mer information om kommunens personuppgiftsbehandling finns på [www.upplandsvasby.se](http://www.upplandsvasby.se) eller i receptionen i kommunhuset på Dragonvägen. För kontakt med personuppgiftsansvarig eller dataskyddsombud kontakta Väsby direkt. Om du anser att vi hanterar dina personuppgifter felaktigt har du möjligheten att lämna klagomål till Datainspektionen.

\* Obligatoriska fält

### Sökande

Förnamn *	Efternamn *
Adress *	Personnummer *
Postnummer *	Telefon *
Ort *	E-post
Behov av tolk? Ange språk	Företrädare för sökande * <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Godman/Förvaltare

### Företrädare för den sökande, Vårdnadshavare (om barnet är under 18 år)

Vårdnadshavare 1, förnamn	Efternamn
Adress	Personnummer
Postnummer	Telefon
Ort	E-post
Ensam vårdnadshavare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om gemensam vårdnad fyll i den andra vårdnadshavarens uppgifter nedan
Vårdnadshavare 2, förnamn	Efternamn
Adress	Personnummer
Postnummer	Telefon
Ort	E-post

### Företrädare för den sökande, Godman/Förvaltare (om barnet är 18 år eller äldre)

Förnamn	Efternamn
Adress	Personnummer
Postnummer	Telefonnummer
Ort	E-post

**Insatser \***

<input type="checkbox"/> Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats	<input type="checkbox"/> Personlig assistent (9 § 2)
<input type="checkbox"/> Kontaktperson (9 § 4)	<input type="checkbox"/> Ledsagarservice (9 § 3)
<input type="checkbox"/> Korttidsvistelse utanför det egna hemmet (9 § 6)	<input type="checkbox"/> Avlösarservice i hemmet (9 § 5)
<input type="checkbox"/> Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8)	<input type="checkbox"/> Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov (9 § 7)
<input type="checkbox"/> Daglig verksamhet (9 § 10)	<input type="checkbox"/> Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna (9 § 9)

**Nuvarande insatser**

Nuvarande insatser enligt LSS eller socialtjänstlagen (t.ex. hemtjänst, boendestöd)	Om du tidigare har ansökt eller fått insatser enligt LSS, ange i vilken kommun
-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

**Funktionsnedsättning (kort beskrivning)**

Praktisk situation (hur fungerar vardagen) och behov av hjälp (t.ex. förflyttning, personlig hygien)
------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Bifogade dokument**

Ange vilka dokument du bifogar, från läkare, psykolog, arbetsterapeut m. fl.
------------------------------------------------------------------------------

**Underskrift \***

Underskrift sökande/företrädare	Underskrift sökande/företrädare
Namnförtydligande	Namnförtydligande