



# Linköpings kommun

Socialförvaltningen  
Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta

## BEGÄRAN OM FÖRHANDBESKED OM INSATSER

Enligt lagen om stöd och service till vissa  
funktionshindrade – LSS.

### Uppgifter om dig som begär insatser enligt LSS

Namn		Personnummer
Gatuadress		
Postnummer	Postort	Telefonnummer

#### Vilken eller vilka insatser vill du ha förhandsbesked om?

- |   |  |
|---|--|
| Personlig assistans, 9 § 2.                     | Ledsagarservice, 9 § 3.                                |
| Kontaktperson 9 § 4.                            | Avlösarservice i hemmet, 9 § 5                         |
| Korttidsvistelse utanför det egna hemmet, 9 § 6 | Korttidstillsyn, 9 § 7.<br>(för skolungdom över 12 år) |
| Boende barn och ungdom, 9 § 8                   | Boende vuxna, 9 § 9.                                   |
| Daglig verksamhet, 9 § 10.                      |  |

#### Beskriv varför du begär ett förhandsbesked:

#### När behöver du insatsen i Linköpings kommun?

#### Beskrivning av funktionsnedsättningen:

**Vem är du som gör denna begäran?**(Är du 15 år eller äldre har du rätt att själv begära insatser)

<b>Den begäran avser</b>	<b>God man</b>	<b>Förvaltare</b>	<b>Vårdnadshavare</b>
Namn		Namn	
Adress		Adress	
Telefon		Telefon	
E-post		E-post	

Om du har läkarintyg, psykologutredning, funktionsbedömning, utredning från Försäkringskassan eller liknande handlingar skicka då gärna med en kopia av dessa med denna begäran.

Har du behov av tolk vid kontakt med myndigheter?

Ja      Nej

Om du svarat Ja, på vilket språk eller vilken typ av tolk?

**Godkänner du att vi hämtar uppgifter om dig från andra? (Samtycke)**

För att vi ska kunna behandla din begäran kan vi behöva hämta uppgifter från andra instanser. Kryssa i vilka instanser du godkänner att vi hämtar uppgifter från.

**Försäkringskassa**

**Habiliteringen**

**Arbetsförmedlingen**

**Övrig socialtjänst**

**Sjukvården**

**Skola**

**Barnomsorg**

**Underskrift**

.....  
Sökandens underskrift

.....  
Sökandens underskrift

Om vårdnadshavare med gemensam vårdnad begär insatser för minderårigt barn ska begäran vara underskriven av båda vårdnadshavarna.

**Information om behandling av personuppgifter**

Personuppgifter som du lämnar på denna blankett kommer att registreras i vårt datasystem och användas för hanteringen av din ansökan.

**Begäran skickas till:**

Socialförvaltningen  
Avdelningen för äldre och funktionsnedsatta  
Box 356  
581 03 Linköping