

Ansökan skickas till: Härjedalens kommun Socialförvaltningen 842 80 Sveg	Vid frågor kontakta biståndsenheten Telefon: 0680-163 80 Telefontid vardagar klockan 08.00-09.00 E-post: bistandsenheten@herjedalen.se
---	--

1. Dina personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	E-postadress

2. Uppgifter om din företrädare

- Vårdnadshavare Särskild förordnad vårdnadshavare God man
 Förvaltare Ombud med fullmakt Framtidsfullmaktshavare

Namn	Personnummer
Adress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	E-postadress

3. Jag ansöker om följande insatser: (Fyll endast i här om du är säker på vilken insats du vill ansöka om)

<input type="checkbox"/> 9 § 1 Råd och Stöd <input type="checkbox"/> 9 § 2 Personlig assistans <input type="checkbox"/> 9 § 3 Ledsagarservice <input type="checkbox"/> 9 § 4 Kontaktperson <input type="checkbox"/> 9 § 5 Avlösarservice i hemmet <input type="checkbox"/> 9 § 6 Korttidsvistelse utanför det egna hemmet <input type="checkbox"/> 9 § 7 Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år	<input type="checkbox"/> 9 § 8 Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar <input type="checkbox"/> 9 § 9 Bostad med särskildservice eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna <input type="checkbox"/> 9 § 10 Daglig verksamhet <input type="checkbox"/> 10 § Individuell plan <input type="checkbox"/> 16 § Förhandsbesked Planerad inflyttning till Härjedalens kommun:
--	--

4. Vad behöver du stöd med?

Beskriv vad du behöver stöd med. Ange gärna hur ofta eller hur mycket stöd du behöver.

Handlingar som ska lämnas in med ansökan

- Underlag som styrker diagnos och/eller medicinskt funktionshinder.

5. Försäkran och underskrift från dig, legal företrädare eller

vårdnadshavare (Ansökan kräver båda vårdnadshavarnas underskrift förutom för ansökan gällande 9 § 4, 5 eller 6 LSS)

- Jag försäkrar på heder och samvete att de uppgifter jag lämnar är fullständiga och sanningsenliga.
- Jag vet om att jag är skyldig att omgående meddela socialförvaltningen ändrade förhållanden som kan påverka mitt beslut.
- Jag är informerad om att socialförvaltningen kan hämta uppgifter från Skatteverket, Försäkringskassan och Pensionsmyndigheten.

Sökande/Legal företrädare/Vårdnadshavare 1

Ort

Datum

Namnförtydligande

Namnsteckning

Vårdnadshavare 2

Ort

Datum

Namnförtydligande

Namnsteckning

Information om hur vi hanterar dina personuppgifter

De personuppgifter du lämnar till oss behöver vi för att handlägga ditt ärende. Vi hanterar dina uppgifter med stöd av gällande dataskyddslagstiftning och den lagliga grunden i artikel 6.1 e) i dataskyddsförordningen.

Det är socialutskottet som är personuppgiftsansvarig för uppgifterna. Vi har kvar dina uppgifter den tid som behövs för att vi ska kunna uppfylla våra skyldigheter. Mer information om hur vi behandlar dina uppgifter, vilka rättigheter du har och hur du kontaktar oss finns på vår webbplats

www.herjedalen.se



Samtyckesblankett

Blanketten skickas till:

Härjedalens kommun
Socialförvaltningen
842 80 Sveg

Samtycke från:

Namn	Personnummer
------	--------------

Som samtycker till nödvändig informationsöverföring mellan de instanser där jag har vårdkontakt med, får utbyta den information om mig som de finner nödvändig med valda aktörer enligt nedan. För att kunna erbjuda en god och säker vård, omsorg och service.

- Internt inom kommunen (Omsorg, Hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola)
- Sjukhus, specialistvård
- Hälsocentral eller annan öppenvårdscentral
- Nationella register (t ex NDR, Senior Alert, BPSD och Svevac)
- NPÖ (Nationell patientöversikt)
- Försäkringskassan
- Arbetsförmedlingen
- Närstående enl. "mina kontaktuppgifter"
- Legal företrädare (god man/förvaltare)
- Annat/övrigt.....

- Jag har informerats om att jag kan ta tillbaka mitt samtycke när jag vill, annars gäller samtycket max ett (1) år och förnyas årligen på inhämtarens initiativ

Samtycke gäller: Helt Delvis Fr.o.m..... T.o.m.....

Eventuella kommentarer:.....

Samtycke lämnat av

Den enskilde: _____
Namn Ort och datum

Företrädare: _____
Underskrift och roll Ort och datum

Samtycke inhämtat av: _____
Namn och profession/roll Ort och datum

Uppgifterna dokumenteras i verksamhetssystemet.