



## Information

Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är till för personer med fysiska och psykiska funktionsnedsättningar.

### Vem kan ansöka?

Den som är i behov av insatser (den sökande) måste själv vilja ta emot stödet. Är du god man, förvaltare eller fullmaktshavare kan du ansöka om insatser till någon annan. Du använder då din egen e-legitimation.

Som anhörig kan du ta en kontakt med socialkontorets biståndshandläggare om du vill ha mer information om någon insats, eller initiera ett hembesök med din närstående.

### Signering

Om den sökande är under 15 år är det du som vårdnadshavare som gör ansökan med din e-legitimation. Är ni två vårdnadshavare behöver båda signera med varsin e-legitimation, se mer information nedan. Även god man, förvaltare och fullmaktshavare kan signera ansökan.

### Så här fungerar flera elektroniska underskrifter:

Vårdnadshavare 1 anger kontaktuppgifter till vårdnadshavare 2 i formuläret. När vårdnadshavare 1 har signerat formuläret får vårdnadshavare 2 information genom ett sms eller e-post till det telefonnummer eller den e-postadress vårdnadshavare 1 har angivit i formuläret. Informationen innehåller instruktioner om hur vårdnadshavaren ska signera ansökan. Vårdnadshavare 1 får en bekräftelse till sin e-postadress eller mobiltelefonnummer efter att vårdnadshavare 2 har signerat ansökan. Om vårdnadshavare 2 gör någon ändring i ansökan kommer vårdnadshavare 1 få tillbaka ansökan för signering.

### Information om vår behandling av dina personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig såsom till exempel för- och efternamn, personnummer, adress, telefonnummer, mobilnummer, e-postadress och uppgifter om din funktionsnedsättning. Syftet med en sådan behandling är för att kunna hantera din ansökan.

Vi har fått uppgifter från dig eller din företrädare. Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Behandlingen av dina personuppgifter är nödvändig som ett led i vår myndighetsutövning enligt artikel 6.1 e allmänna dataskyddsförordningen och enligt 5 § dataskyddslagen. Dina uppgifter kommer att sparas så länge vi behöver dem för att handlägga ditt ärende. Dina uppgifter kan komma att bevaras längre utifrån tryckfrihetsförordningen, offentlighet- och sekretesslagen och arkivlagen.

De personuppgifter vi behandlar om dig delas i förekommande fall med din fastighetsägare om sådan finns. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Däremot kommer vi aldrig att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är socialnämnden i Strängnäs kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen eller raderar dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på socialnamnden@strangnas.se. Vi har ett gemensamt dataskyddsbud med flera kommuner som är placerad i Flen, henne når du via svtlana.jelusic@flen.se. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen.



Jag har läst och förstått informationen om vår behandling av dina personuppgifter. \*

## Insatser

### Kryssa i den/de insatser du vill ansöka om

Samtliga paragrafer nedan hänvisar till Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Rådgivning och annat personligt stöd (9 § 1 p.) ansöks hos Landstinget.

Personlig assistent upp till 20 tim/vecka (över 20 tim ansöks hos Försäkringskassan) 9 § 2 p.	<input type="checkbox"/>
Ledsagarservice 9 § 3 p.	<input type="checkbox"/>
Biträde av kontaktperson 9 § 4 p.	<input type="checkbox"/>
Avlösarservice i hemmet 9 § 5 p.	<input type="checkbox"/>
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet 9 § 6 p.	<input type="checkbox"/>
Korttidstillsyn för skolungdomar över 12 år utanför det egna hemmet i anslutning till skoldagen samt under lov 9 § 7 p.	<input type="checkbox"/>
Familjehem/bostad med särskild service för barn och ungdomar 9 § 8 p.	<input type="checkbox"/>
Bostad med särskild service för vuxna/annan särskilt anpassad bostad för vuxna 9 § 9 p.	<input type="checkbox"/>
Daglig verksamhet 9 § 10 p.	<input type="checkbox"/>
Individuell plan 10 §	<input type="checkbox"/>
Förhandsbesked 16 §	<input type="checkbox"/>

**Situation**

Hur ser din praktiska situation ut (hur fungerar din vardag)? *
Beskriv din funktionsnedsättning (kort) *
Beskriv vad du behöver hjälp med, till exempel förflyttning, personlig hygien etc *
Har du tidigare ansökt om eller fått insatser enligt LSS? * (Endast ett val) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
I vilken kommun? *
Vilket/vilka år? *
Har du några nuvarande insatser enligt LSS (till exempel kontaktperson, boendestöd)? * (Endast ett val) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilken typ av insatser? *
Behöver du tolk när du har kontakt med oss? * (Endast ett val) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Vilket språk? *

**Personuppgifter****Sökande**

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress

Vem är det som gör den här ansökan? \* (Endast ett val)

- Den sökande själv
- Vårdnadshavare
- God man/förvaltare/fullmaktshavare

**God man, förvaltare, fullmaktshavare eller vårdnadshavare?**

Är du god man, förvaltare, fullmaktshavare eller vårdnadshavare använder du din e-legitimation vid signeringen.

**God man/förvaltare/fullmaktshavare**

Förnamn *	Efternamn *	
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Var god skriv ner namnen eller annan identifikation, och beskrivning av de bifogade filer som skickas med ansökan.

Bilagans Namn/ID-nummer	Beskrivning av bilaga
	Bifoga intyg eller fullmakt

Du kan bifoga ditt intyg eller fullmakt direkt i e-tjänsten. Det går också att skicka in en kopia med vanlig post till Socialkontoret, Strängnäs kommun, Nygatan 10, 645 80 Strängnäs eller e-post [socialnamnden@strangnas.se](mailto:socialnamnden@strangnas.se).

**Vårdnadshavare**

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Adress *	Postnummer *	Ort *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Är ni två vårdnadshavare \* (Endast ett val)

 Ja Nej

## Vårdnadshavare 2

Personnummer *	Förnamn *	Efternamn *
Telefonnummer	Mobiltelefonnummer	E-postadress *

Jag ger mitt samtycke till att socialnämnden får inhämta personuppgifter från andra myndigheter så som Försäkringskassan, Landstinget eller Socialtjänsten, som är nödvändiga för bedömning av rätten till sökta insatser. Uppgifterna kan vara sekretessbelagda. \*

**Underskriftstyp**

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Underskriftstyp'**)

Namnförtydligande

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Vårdnadshavare 2'**)

Namnförtydligande