

## ANSÖKAN

Begäran om Rådgivning och annat personligt stöd enligt § 9:1 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387).

Namn

Personnummer

Adress

Telefonnummer

Sökanden är:  Personen själv  God man/Förvaltare  Vårdnadshavare

Funktionsnedsättning / diagnos:

Behov av råd och stödinsats (kort beskrivning av innehållet i stödet du begär):

Behöver du tolk?  Språktolk  Teckenspråkstolk  Dövblindtolk

Ange språk:

Övriga upplysningar:

Underskrift innebär att underlag för detta beslut får inhämtas från hälso- och sjukvården, kommunen och Försäkringskassan.

Om du INTE godkänner att vi tar del av handlingar kryssar du här

Datum för underskrift

Namnunderskrift

Vid frågor kontakta LSS-enheten via 1177 vårdguidens e-tjänster, telefon 018-611 62 15 eller e-post [lss@regionupsala.se](mailto:lss@regionupsala.se)

Ifylld blankett skickas till: Regionens LSS-enhet, Box 260 74, 750 26 Uppsala

Personuppgifter som lämnas i samband med ansökan behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR). Vid frågor vänd dig till [dataskyddsombud@regionupsala.se](mailto:dataskyddsombud@regionupsala.se)