



# Ansökan om stöd till dig med funktionsnedsättning

## Mina uppgifter

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Namn             | Personnummer |
| Utdelningsadress | Telefon      |
| E-post           |              |

## Tolkbehov/Uppehållstillstånd

|                             |                              |                      |
|-----------------------------|------------------------------|----------------------|
| Behov av tolk               |                              |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Om ja, vilket språk? |
| Jag har uppehållstillstånd  |                              |                      |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |                      |

## Uppgifter om ansökan

|                                    |                                         |                                  |                                     |                                              |
|------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| Ansökan är gjord av                |                                         |                                  |                                     |                                              |
| Mig själv <input type="checkbox"/> | Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> | God man <input type="checkbox"/> | Förvaltare <input type="checkbox"/> | Fullmaktsinnehavare <input type="checkbox"/> |
| Jag har fått hjälp med ansökan av  |                                         |                                  |                                     |                                              |
| Namn                               |                                         |                                  | Telefon                             |                                              |

## Uppgifter om vårdnadshavare, god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Namn             | Personnummer |
| Utdelningsadress | Telefon      |

## Vårdnadshavare 2

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Namn             | Personnummer |
| Utdelningsadress | Telefon      |

## Jag ansöker om (markera med kryss vad Du söker)

### Insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

- ☐ Jag/vi vill rådgöra med handläggare angående lämplig insats
- ☐ Personlig assistent, 9 kap 2 §
- ☐ Ledsagarservice, 9 kap 3 §
- ☐ Kontaktperson, 9 kap 4 §
- ☐ Avlösarservice i hemmet, 9 kap 5 §
- ☐ Korttidsvistelse utanför hemmet, 9 kap 6 §
- ☐ Korttidstillsyn för skolutgång över 12 år i anslutning till skoldagen samt under lov, 9 kap 7 §
- ☐ Boende i familjehem eller bostad med särskild service för barn och ungdomar, 9 kap 8 §
- ☐ Bostad med särskild service för vuxna eller annan anpassad bostad för vuxna, 9 kap 9 §
- ☐ Daglig verksamhet, 9 kap 10 §

### Insatser enligt socialtjänstlagen (SoL)

- ☐ Boendestöd, 11 kap 1 §
- ☐ Dagverksamhet 11 kap 1 §
- ☐ Särskilt boende, 11 kap 1 §

**Jag behöver stöd med**

Beskriv vilket behov av stöd du har (om utrymmet inte räcker skriv till på ett separat papper)

**Intyg och utlåtanden som beskriver min funktionsnedsättning**

För att vi ska kunna förstå och kunna bedöma ditt behov behöver vi intyg som styrker din funktionsnedsättning. Om du inte har något läkarutlåtande som beskriver din funktionsnedsättning och hur den påverkar dig rekommenderar vi dig att ordna med ett sådant. Komplettera sedan din ansökan med utlåtandet. En komplett ansökan minskar handläggningstiden.

**Intyg som skickas med**

- ☐ Läkarintyg
- ☐ Psykologutredning
- ☐ Funktionsbedömning från arbetsterapeut
- ☐ Utredning från Försäkringskassan

**Samtycke**

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

Försäkringskassan ☐ Arbetsförmedlingen ☐ Sjukvården ☐ Skola ☐ Barnomsorg ☐ Övrig socialtjänst ☐

**Underskrift av vårdnadshavare (vid gemensam vårdnad måste båda vårdnadshavarna skriva under), god man, förvaltare eller fullmaktsinnehavare**

Personuppgifter som du lämnar till Finspångs kommun kommer att hanteras enligt EU:s allmänna dataskyddsförordning (GDPR). För mer information se kommunens hemsida: <http://www.finspang.se/gdpr>

|                       |                                                      |
|-----------------------|------------------------------------------------------|
| Ort och datum         | <input type="checkbox"/> Jag är ensam vårdnadshavare |
| _____<br>Namnteckning | _____<br>Namnförtydligande                           |
| Ort och datum         |                                                      |
| _____<br>Namnteckning | _____<br>Namnförtydligande                           |



## Information om kommunens personuppgiftshantering

### Behandling av personuppgifter

Vid all behandling av personuppgifter som lämnas via denna blankett tillämpas den gällande integritetslagstiftningen. Det betyder att vi följer dataskyddsförordningen (GDPR) och annan svensk lagstiftning.

Uppgifterna på blanketten lämnas till berörd handläggare och hanteras i olika administrativa datasystem som finns i kommunen och i molntjänster inom EU/ESS. Om det finns leverantörer och/eller underleverantörer som har tillgång till personuppgifter regleras all hantering utifrån gällande integritetslagstiftning. Dina personuppgifter som lämnas på denna blankett kommer inte att föras över till ett tredjeland. Med tredjeland menas leverantörer som finns utanför EU/ESS och kommunen anlitar endast leverantörer som har bedömts ha en fullgod skyddsnivå enligt EU-kommissionen.

De personuppgifter som inte omfattas av sekretessbestämmelser utifrån sekretess och offentlighetslag kan komma att lämnas ut i enlighet med offentlighetsprincipen, så kallade allmänna handlingar.

### Personuppgiftsansvarig

Uppgifterna som lämnas på denna blankett kommer att användas av den personuppgiftsansvarige som är:

Socialnämnden  
Finspångs kommun  
612 80 Finspång  
Telefon 0122- 850 00 (växel)  
E-post [kommun@finspang.se](mailto:kommun@finspang.se)

### Dina personuppgifter sparas

Dina personuppgifter kommer att behandlas utifrån gällande lagstiftning när det kommer till gallring och arkivering. Det innebär att dina personuppgifter sparas i enlighet med de lagkrav kommunen har att förhålla sig till och hur länge informationen sparas avgörs enligt kommunens dokumenthanteringsplan som utgår ifrån gällande arkivlag. Vill du veta hur länge dina uppgifter sparas kan du vända dig till den verksamhet som är ansvarig för denna blankett.

### Dina rättigheter

Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter som finns registrerade om dig, för att begära rättelse, för att begära överföring av uppgifter eller för att begära att vi begränsar behandlingen, för att göra invändningar eller begära radering av dina uppgifter samt i vissa fall begära dataportabilitet. Detta gör du enklast genom att kontakta oss genom vårt Dataskyddsombud.

### Kontakt

Om du har frågor eller synpunkter är du välkommen att kontakta vårt Dataskyddsombud (DSO) Detta görs enklast via telefon 0122-850 00 (växel) eller via e-post [kommun@finspang.se](mailto:kommun@finspang.se). Du kan också kontakta tillsynsmyndigheten Datainspektionen om du har klagomål på behandlingen av dina personuppgifter. För mer information om dina rättigheter och hur kommunen hanterar personuppgifter utifrån integritetslagstiftning, se hemsidan [www.finspang.se/gdpr](http://www.finspang.se/gdpr).