

## Villkor vid beställning av Tillfällig vistelse

- Insatser i enlighet med två
- **Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS**

Vid tillfällig vistelse i Vaggeryds kommun ansvarar bosättningskommunen för planerade insatser enligt LSS där följande gäller:

Beställningen av tillfällig vistelse görs av bosättningskommunen och skall vara enligt Vaggeryds kommuns beställningsblankett om Tillfällig vistelse. Beställningen inklusive **alla bilagor\*** skickas via mail till e-postadress: [socialnamnden@vaggeryd.se](mailto:socialnamnden@vaggeryd.se) alternativt fax: 0370-67 84 88.

Beställningen finns på sida 2-3. Komplet ifylld beställningsblankett skall vara Vaggeryds Kommun tillhanda **senast två veckor** före ankomstdatum. Beställningsunderlag som **inte** är komplett ifyllt, eller där bilagor saknas, återsänds till bosättningskommunen för komplettering. Kompletteringen skall vara Vaggeryds kommun tillhanda **senast två veckor** före ankomstdatum. Ändringar i beställningen skall kompletteras skriftligt (vid förlängd vistelse se nästa punkt).

Förlängning av den tillfälliga vistelsen skall göras på **ny beställningsblankett** med **två veckors** varsel.

Följande skall **alltid** bifogas:

- Aktuell utredning, bedömning och beslut\*
- Senaste genomförandeplan\*

Tänk på att insatserna kan behöva anpassas till omgivningen och miljön där de ska utföras, både närmiljön och bostadsförhållanden kan påverka behovet av stöd- och hjälpinsatser.

Om vård- och omsorgstagaren har behov av insatser enligt Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, skall det fyllas i en separat beställning som ni finner under HSL Tillfällig vistelse. HSL beställningen skall ha inkommit **senast två veckor** innan vistelsen.

Används hjälpmedel i den ordinarie bostaden skall dessa **medtas** och vara **anpassade** till bostaden på den tillfälliga vistelseadressen. Hjälpmedel **förskrivs av bosättningskommunen**. Vård- och omsorgstagaren kan **inte** få hjälpmedel förskrivna i vistelsekommunen Vaggeryds kommun.

Fakturering av insatserna kommer att ske till bosättningskommunen efter avslutad vistelse i Vaggeryds kommun.

**1. Vård- och omsorgstagare**

Namn		Personnummer	
Den tillfälliga vistelseadressen			
Adress i bosättningskommunen		Telefon/mobil	
Närstående/Legal ställföreträdare	Relation	Telefon/mobil	

**2. Bosättningskommun**

Organisationsnummer	Kommun/Stad		
Fakturaadress	Ref. nr/ansvar	Postnummer	Postort

**3. Vistelseperiod**

Ankomstdatum (från och med XXXX-MM-DD)	Avslutningsdatum (till och med XXXX-MM-DD)
--	--

**4. Beställare bosättningskommun**

Namn	Befattning	Förvaltning/enhet
Telefon/mobil	E-post	

**5. Uppgifter bosättningskommun**

Har individen insatser enligt LSS i bosättningskommunen?

Ja  Nej

**6. Beställning**

Insatser enligt LSS	Tid per insats	Frekvens Dag/vecka/månad	Totalt antal timmar för hela vistelseperioden
Personlig assistans enligt 9:2§			
Ledsagarservice enligt 9:3§			
Kontaktperson enligt 9:4§			
Avlösarservice i hemmet enligt 9:5§			
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9:6§			
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år enligt 9:7§			
Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom enligt 9:8§			
Bostad med särskild service enligt 9:9§			
Daglig verksamhet enligt 9:10§			

**7. Debiteringsunderlag (fylls i av Vaggeryds kommun)**

Insats	Totalt antal timmar för hela vistelseperioden	Vistelsekommunens ersättningsbelopp per timme	Totalt belopp för hela vistelseperioden
Personlig assistans enligt 9:2§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Ledsagarservice enligt 9:3§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Kontaktperson enligt 9:4§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Avlösarservice i hemmet enligt 9:5§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Korttidsvistelse utanför det egna hemmet enligt 9:6§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år enligt 9:7§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Boende i familjehem eller i bostad med särskild service för barn eller ungdom enligt 9:8§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Bostad med särskild service enligt 9:9§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=
Daglig verksamhet enligt 9:10§		x Försäkringskassans timpeng eller vistelsekommunens ersättningsbelopp gäller	=

**8. Godkännande av villkor och underskrift**

Jag har tagit del av de villkor som framkommer på första sidan och bekräftar genom underskriften att beställningen är korrekt utifrån bifogade dokument och ovanstående beställning:

Ort och datum	Beställarens underskrift
---------------	--------------------------