

### Information

Enskilda verksamheter inom socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) är sedan tidigare tillståndspliktiga. Sedan april 2008 har kommuner och landsting som driver hem för vård eller boende (HVB), eller som har överlämnat till enskild att driva sådant HVB, anmälningsplikt för denna verksamhet. Från och med den 1 januari 2010 omfattas även övrig verksamhet som drivs av kommun eller landsting enligt SoL och LSS av anmälningsplikt till Socialstyrelsen.

Verksamhet enligt SoL och LSS som drivs av kommun eller landsting och som skulle varit tillståndspliktiga om de drivits privat ska från och med den 1 januari 2010 anmälas till Socialstyrelsen. Befintliga verksamheter kan anmälas under hela 2010, dock senast den 31 december 2010. Ny verksamhet måste däremot anmälas senast en månad innan den påbörjas.

### Instruktioner

Blanketten avser anmälan av olika typer av verksamheter. De uppgifter som efterfrågas är inte tillämpliga för samtliga verksamheter, målgrupper och åldrar. Fyll i det som är relevant för er anmälan.

Bifoga bilaga vid behov, till exempel där inte utrymmet i fälten räcker till.

Anmälan ska skickas i ett exemplar till

Socialstyrelsens regionala enhet:

REGION SYD

Skåne, Kronobergs och Blekinge län

Besöksadress: Slottsgatan 2

Box 4106

203 12 Malmö

REGION SYDÖST

Östergötlands, Jönköpings och Kalmar län

Besöksadress: Slottsgatan 14

Box 2163

550 02 Jönköping

REGION MITT

Uppsala, Gävleborgs, Västmanlands, Dalarnas,

Värmlands, Örebro och Södermanlands län

Besöksadress: Olaigatan 15

Box 423

701 48 Örebro

REGION SYDVÄST

Västra Götalands och Hallands län

Besöksadress: Drakegatan 1

Box 53148

400 15 Göteborg

REGION ÖST

Stockholms och Gotlands län

Besöksadress: Gjørwellsgatan 30

Regionala tillsynsenheten

106 30 Stockholm

REGION NORD

Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och

Norrbottnens län

Besöksadress: Nygatan 18-20

Box 34

901 02 Umeå

### Information om personuppgiftslagen

Socialstyrelsen behandlar de personuppgifter som du lämnar till oss för att vi ska kunna hantera din anmälan på ett smidigt sätt och fullgöra våra arbetsuppgifter. Vi behandlar personuppgifterna enligt bestämmelserna i personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Syftet med lagen är att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom felaktig behandling av personuppgifter. Du har rätt att efter skriftlig ansökan få besked om hur dina personuppgifter behandlats. Upptäcker du felaktigheter är vi skyldiga att på din begäran rätta uppgifterna.

## Anmälare

<input type="checkbox"/> Kommun <input type="checkbox"/> Landsting		
Huvudman för verksamheten		Organisationsnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon	Fax	Webbplats
E-post		

## Anmälan avser

<input type="checkbox"/> 7 kap.1 § 1 p. SoL Hem för vård eller boende (HVB)
<input type="checkbox"/> 7 kap.1 § 2 p. SoL Sådana boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 5 § andra stycket.
<input type="checkbox"/> 7 kap.1 § 2 p. SoL Sådana boenden som motsvarar dem som avses i 5 kap. 7 § tredje stycket.
<input type="checkbox"/> 7 kap. 1 § 3 p. SoL Hem för viss annan heldygnsvård.
<input type="checkbox"/> 7 kap. 1 § 4 p. SoL Hem eller öppen verksamhet för vård under en begränsad del av dygnet oavsett var verksamheten bedrivs.
<input type="checkbox"/> 9 § p 6 LSS Korttidsvistelse utanför hemmet
<input type="checkbox"/> 9 § p 7 LSS Korttidstillsyn för skolorngdom över 12 år
<input type="checkbox"/> 9 § p 8 LSS Bostad med särskild service för barn och ungdomar samt boende i familjehem
<input type="checkbox"/> 9 § p 9 LSS Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskild anpassad bostad för vuxna
<input type="checkbox"/> 9 § p 10 LSS Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder

## Verksamhet

Verksamhetens namn		Fastighetsbeteckning/lgh nr	
Adress		Postnummer	Ort
Län (ange ett län)			
<input type="checkbox"/> Stockholms län	<input type="checkbox"/> Uppsala län	<input type="checkbox"/> Södermanlands län	<input type="checkbox"/> Östergötlands län
<input type="checkbox"/> Kalmar län	<input type="checkbox"/> Gotlands län	<input type="checkbox"/> Blekinge län	<input type="checkbox"/> Skåne län
<input type="checkbox"/> Värmlands län	<input type="checkbox"/> Örebro län	<input type="checkbox"/> Västmanlands län	<input type="checkbox"/> Dalarnas län
<input type="checkbox"/> Jämtlands län	<input type="checkbox"/> Västerbottens län	<input type="checkbox"/> Norrbottens län	<input type="checkbox"/> Jönköpings län
<input type="checkbox"/> Kronobergs län	<input type="checkbox"/> Hallands län	<input type="checkbox"/> Västra Götalands län	<input type="checkbox"/> Gävleborgs län
<input type="checkbox"/> Västernorrlands län	Kommun		
Telefon		Fax	Webbplats
E-post		Ange antal lägenheter. För särskilt boende för äldre; ange även lägenheter per enhet.	
Med stöd av vilken annan lagstiftning förutom SoL kan personer ingå i er verksamhet (LPT; LRV)			
Antal personer som ska omfattas av verksamheten			
Om utslussningsboende ska ingå i verksamheten, uppge antal platser.			

För bostad med särskild service för vuxna LSS 9:9 § ange i vilken form:

Gruppbostad     Servicebostad

Uppge antal lägenheter

.....

## Målgrupp

- Barn  
 Ungdomar  
 Vuxna  
 Barn och föräldrar  
 Par

Ange antal platser för

Män/pojkar:.....    Kvinnor/flickor:.....    Både och:.....

Ange vilka åldersgrupper verksamheten riktar sig till

För SoL-verksamhet: Ange för vilken målgrupp som verksamheten är avsedd. Preciserat om boendet avser personer med demenssjukdom eller vilken typ av funktionsnedsättningar som avses.

För LSS-verksamhet: Ange för vilken målgrupp som verksamheten är avsedd. Om ni anger personkrets så precisera ändå målgruppen.

Med stöd av vilken annan lagstiftning förutom SoL kan personer ingå i er verksamhet (ex. LVU § 11, LVM § 27, Kval 56 §, 26 kap 15 § 3 p BrB, LPT, LRV).

## Verksamhetsbeskrivning

Kort beskrivning av verksamheten, t.ex. om det finns särskilda resurser, om man använder särskilda metoder, grundar arbetet på en särskild ideologi eller om verksamheten vänder sig till en specifik målgrupp som inte framgår i avsnittet för Målgrupp

## Personal

Föreståndare

## Underskrift

Ort och datum		Namn	
Telefon	Fax	E-post	

Enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204) krävs medgivande från de namngivna personerna för att publicering på Socialstyrelsens webbplats ska kunna ske.

Vi vill därför be er om skriftligt godkännande av denna publicering. I den mån andra personer ska finnas angivna på tillståndet vill vi be er om att göra en förfrågan till dessa och att de ger ett skriftligt medgivande.

Härmed godkänner jag att ifyllda uppgifter publiceras i Socialstyrelsens offentliga databas över verksamheter enligt SoL och LSS. (Vilka uppgifter som publiceras visas på [www.socialstyrelsen.se/register/solochlssverksamhet](http://www.socialstyrelsen.se/register/solochlssverksamhet).)

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Ort och datum	Namnförtydligande
Underskrift	