



LÄNSSTYRELSEN I  
STOCKHOLMS LÄN

Sociala enheten  
Bo Nyström

REMISS  
Datum  
23.8.2007

BILAGA 1.  
1 (1)  
Beteckning  
7022-07-73418

RINKEBY-KISTA

2007 08 24

STADSDELSFÖRVALTNING

Stadsdelsnämnden i Rinkeby-Kista  
Box 7049  
164 07 KISTA

Stadsdelsnämnden i Rinkeby-Kista RINKEBY-KISTA STADSDELSFÖRVALTNING 2007 -08- 24 Dnr. 699-167-2007
---

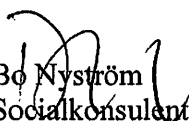
Med anledning av innehållet i bifogad skrivelse ges nämnden möjlighet att enligt Socialtjänstförordningen 4 kap 2 § yttra sig över ansökan från Misa AB

- Utredning
- Yttrande av nämnden
- Redogörelse av förvaltningen

Senaste datum för svar:

5.10.2007

Originalhandlingarna **återsändes** tillsammans med svaret som ska avges i två exemplar.

  
Bo Nyström  
Socialkonsulent

dokument1

Postadress Box 22067 104 22 STOCKHOLM	Besöksadress Hantverkargatan 29	Telefon 08 - 785 40 00 (växel) 08 - 785 41 82 (direkt)	Telefax 08 - 785 40 01 (reception) 08 - 652 70 39 (direkt)	Postgirokonto 3 51 72 - 6
---	------------------------------------	--	--	------------------------------

## Enskild verksamhet enligt LSS

ANSÖKAN om tillstånd att driva verksamhet enligt 23 § LSS – lag om stöd och service till vissa funktionshindrade

2007-08-16  
Ansökningsdatum

INKOM  
Länstyrelsen Stockholms Län  
Sociala enheten

2007-08-21

7022-07-73418

### Huvudman för verksamheten

Enskild person  Bolag  Förening  Stiftelse  Annan .....

Namn: Misa AB

Organisationsnummer: 556473-5230

Firmatecknare: Stefan Lahti / Vd

Adress: Tornérplatsen 32, pl. 4 177 30 Järfälla

Telefon: 08-580 813 40 Fax: 08-580 813 41

E-post: huvudkontor@misa.se

Om sökanden är ett bolag, en förening eller en stiftelse ska följande handlingar bifogas:  
- bolagsordning, stadgar eller stiftelseurkund  
- registreringsbevis, ej äldre än två månader.

### Typ av verksamhet

- 9 § 6 p. LSS: Korttidsvistelse utanför det egna hemmet.  
 9 § 7 p. LSS: Korttidstillsyn för skolungdom över 12 år.  
 9 § 8 p. LSS: Boende i bostad med särskild service för barn eller ungdomar.  
 9 § 9 p. LSS: Bostad med särskild service för vuxna eller annan särskilt anpassad bostad för vuxna.  
 9 § 10 p. LSS: Daglig verksamhet för personer i yrkesverksamålder.

### Ansökan gäller

- Nytt tillstånd. Fyll i hela ansökan.  
 Entreprenad. Fyll i hela ansökan.  
 Ändring av tillståndet – ange hur: Lokalbyte  
Fyll endast i de uppgifter i blanketten, som påverkas av ändringen.

## Verksamhetens namn m.m.

Namn: Misa, Kistaenheten

Adress: Norgegatan 2, 164 32 Kista

Telefon: 08-621 08 40 Fax: 08-621 03 88

E-post: kistaenheten@misa.se (gäller fr.o.m. september 2007)

## Verksamheten vänder sig till

- Personer enligt 1 § 1 p. LSS  
 Personer enligt 1 § 2 p. LSS  
 Personer enligt 1 § 31 p. LSS

Funktionshinder: Personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd.

Ålder: Över 16 år (vuxna).

Platsantal: 40 *28*

## Beskrivning av verksamheten

Komplettera ansökan med en bilaga som innehåller följande uppgifter:

- Beskriv de kvalitativa mål som är uppställda för verksamheten och hur verksamheten följs upp och utvärderas.
- Beskriv hur den enskildes/företrädarens/vårdnadshavarens inflytande tillgodoses.
- Ange rutiner för hur den enskildes trygghet och säkerhet ska upprätthållas.
- Ange rutiner för samverkan med uppdragsgivare/beslutande myndighet.
- Ange rutin för personskada enligt SOSFS 1996:17.
- Ange rutin för synpunkter och klagomål.
- Ange hur personalens kompetensutveckling ska tillgodoses.

## Dokumentation

Beskriv vilka dokumentationsrutiner som kommer att tillämpas i verksamheten:

Dag/veckoanteckningar sammanfattas minst en gång/vecka av kontaktperson.

Halvårssummeringar 1 gång per halvår. Sparas på USB-minne och på papperskopia i deltagarens pärm. Anteckningar dateras och signeras.

## Personal

### Den som ska förestå verksamheten

Namn: Rosalie Gnipe – Ingen ändring Personnummer: 600714-7124

Utbildning (utbildningsbevis bifogas): Socionomutbildning, social linje.

Yrkeserfarenheter (meritförteckning bifogas): Bilaga 1.

### Platsansvarig (den person som ansvarar för den dagliga ledningen av verksamheten)

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Utbildning (utbildningsbevis bifogas): \_\_\_\_\_

Yrkeserfarenheter (meritförteckning bifogas): \_\_\_\_\_

### Övrig personal

Antal: 7 Antal heltidstjänster: 7

Utbildning (kan bifogas i bilaga): Bilaga 2.

Handledare/konsultpersonal: \_\_\_\_\_

## Bemanning

Ange hur många personer som är i tjänst

- dagtid: 7

- kvällstid: -

- helger: -

- natt- och/eller jour: -

## Lokaler - Bilaga 3.

Bifoga följande dokument:

- Situationsplan och planritning med fastighetsbeteckning/lägenhetsnummer över samtliga lokaler där verksamheten ska bedrivas.
- I förekommande fall bygglov.
- Utlåtande från brandmyndighet och miljö- och hälsoskyddsnämnd.

## Finansiering av verksamheten

Bifoga budget och uppgift om dygnskostnad.

## Har sökande tillstånd för annan verksamhet?

Nej  Ja

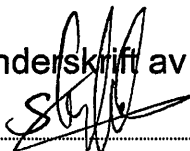
Om ja – vilken verksamhet, lagstiftning och målgrupp?

9 § 10 p. LSS: Daglig verksamhet för personer i yrkesverksam ålder (1 § 1, 1 § 2, 1 § 31 p. LSS)

Ansökan om tillstånd för verksamhet för personer med psykiska funktionshinder (7 kap. 1 § SoL)

finns hos Länsstyrelsen, insänd från Misa under första kvartalet -07

## Underskrift av den sökande



Stefan Lahti

Namnförtydligande

## Uppge vem som har behörighet att företräda bolaget, föreningen eller stiftelsen.

Stefan Lahti 08-584 106 48 stefan.lahti@misa.se  
Namn, telefon, e-post

## Annan kontaktperson

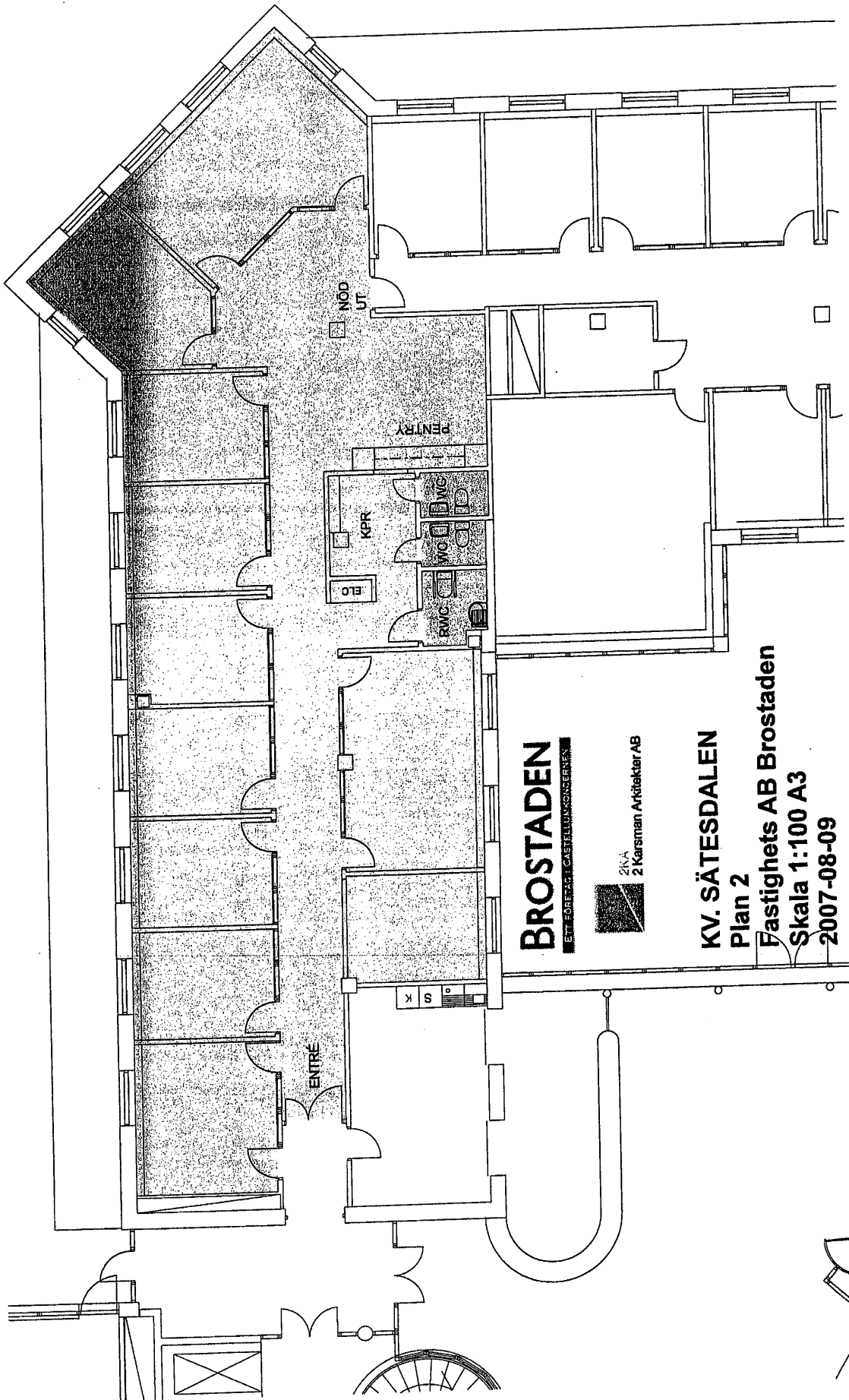
Kirsi M Alanen 08-584 106 40 kirsi.alanen@misa.se  
Namn, telefon dagtid, e-post

## Upplysningar

Om utrymmet på blanketten inte är tillräckligt, komplettera gärna med bilaga.

Ansökan kommer att registreras och databehandlas.

Vid handläggningen av ansökan tillämpar Länsstyrelsen vandelprovning.



**BROSTADEN**  
ENTRÉ: SÄTESDALEN, CASTELLUMSÖNEN



**KV. SÄTESDALEN**

**Plan 2**

**Fastighets AB Brostaden**

**Skala 1:100 A3**

**2007-08-09**