



**Hammerfest kommune**  
Hámmerfeastta suohkan

Sektor helse og omsorg  
Postboks 1224  
9615 HAMMERFEST

Telefon: 78 40 20 00  
e-post: postmottak@hammerfest.kommune.no

**SØKNAD OM  
HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

*Behandles konfidensielt*

**Tjenester gis etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.6.2011**

DET SØKES OM sett kryss	
<b>TJENESTER:</b>	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad
<input type="checkbox"/> Helsehjelp i hjemmet (Hjemmesykepleie)	<input type="checkbox"/> Fritid med bistand (støttekontakt)
<input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleie	<input type="checkbox"/> Individuell plan
<input type="checkbox"/> Særlige hjelpetiltak rus- og psykiatritjenesten	<b>INSTITUSJONSTJENESTER:</b>
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand daglige gjøremål	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand opplæring (miljøarbeid)	<input type="checkbox"/> Tidsbegrenset opphold institusjon
<input type="checkbox"/> Avlastningstiltak	<input type="checkbox"/> Dagopphold
<input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/> Rehabilitering
<input type="checkbox"/> Personlig assistanse	<input type="checkbox"/> Avlastning
<input type="checkbox"/> Dagsenter (Rus- og psykiatritjenesten)	<input type="checkbox"/> Korttidsplass
<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Avlastningsbolig (0-18 år)
<input type="checkbox"/> Matombringing	
<input type="checkbox"/> Snømåking	Søker ønsker opphold for følgende periode:
<input type="checkbox"/> Hverdagsmestring/hverdagsrehabilitering	F.o.m. Uke.....t.o.m. Uke.....
<input type="checkbox"/> Tili:ut	

SØKER:	
Navn	Fødselsnr.(11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr:      Poststed:	E-post:
Sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> separert/skilt <input type="checkbox"/> enke/enkemann	
Bostatus: Bor du alene? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI      Dersom nei: <input type="checkbox"/> ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> barn <input type="checkbox"/> Andre	
Yrke:      Språk:	
Nåværende boligforhold: <input type="checkbox"/> ordinær bolig <input type="checkbox"/> leilighet <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> kommunal bolig	

OMSORG FOR BARN UNDER 18 ÅR	
Har du omsorg for barn under 18 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
ØKONOMISKE FORHOLD	
<input type="checkbox"/> Alderspensjon <input type="checkbox"/> Uførepensjon <input type="checkbox"/> Annen inntekt <input type="checkbox"/> Hjelpetønad NAV	

NÆRMESTE PÅRØRENDE/KONTAKTPERSON/VERGE/FULLMEKTIG	
Navn:	Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse	Slektsforhold:
Postnr:      Poststed:	Telefon:

SØKERS FASTLEGE	
Navn:	Telefon:

**Tilleggsopplysninger**

Opplysninger om diagnose: (legg gjerne ved legeopplysninger)

**BEGRUNNELSE:**

Begrunnelse og bakgrunn for søknaden:

**KOPI AV BREV/VEDTAK: (all utgående post vedrørende helse og omsorgstjenester)**Ønsker du at det sendes kopi av post:  JA  NEI Dersom Ja, til hvem:

Navn:

Adresse:

Telefon:

**SAMTYKKE TIL Å INNHENTE OG UTVEKSLER NØDVENDIGE OPPLYSNINGER:**

Jeg gir tillatelse til behandlende enheter/avdelinger til å innhente og utveksle opplysninger med følgende instanser når det gjelder mine helse- og omsorgsbehov.

<input type="checkbox"/> fastlege/legekontor	<input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten
<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten/poliklinikk	<input type="checkbox"/> NAV Sosialkontor
<input type="checkbox"/> Hjemmetjenester	<input type="checkbox"/> NAV (pensjonsopplysninger)
<input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten	<input type="checkbox"/> Skatteetaten (inntekt) søker/ektefelle/samboer
<input type="checkbox"/> Psykiatriske avdelinger	<input type="checkbox"/> Andre Inntektsforhold søker/ektefelle/samboer
<input type="checkbox"/> Annet; påfør	<input type="checkbox"/> Individuell plan
	<input type="checkbox"/> Oppslag i kjernejournal ved tjenstlig behov

 Har fått informasjon om IPLOS Har fått informasjonsbrosjyre om helse og omsorgstjenester.**UNDERSKRIFT:**

Det må foreligge fullmakt dersom andre enn deg selv skriver under på søknaden. Ved manglende samtykkekompetanse må det legges ved en erklæring fra lege.

Dato:

Søkers underskrift:

Dato:

Ektefelle/samboers underskrift:(i forhold til samtykke inntektsopplysninger)

Fødselsnummer: