

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

DET SØKES OM sett kryss

TJENESTER:

- Helsehjelp i hjemmet (Hjemmesykepleie)
- Psykiatrisk sykepleie
- Særlige hjelpetiltak rusmiddelmissbrukere
- Praktisk bistand daglige gjøremål
- Praktisk bistand opplæring (miljøarbeid)
- Avlastningstiltak
- Brukerstyrt personlig assistent
- Omsorgslønn
- Dagsenter (Rus- og psykiatritjenesten)
- Trygghetsalarm
- Matombringing
- Snømåking
- Fritid med bistand (støttekontakt)
- Individuell plan

BOLIG:

- Omsorgsbolig
- Trygdebolig

INSTITUSJONSTJENESTER:

- Langtidsopphold i institusjon
- Tidsbegrenset opphold institusjon
- Dagopphold
- Rehabilitering
- Avlastning
- Korttidsplass
- Avlastningsbolig (0-18 år)

Søker ønsker opphold for følgende periode:

F.o.m. Uke.....t.o.m. Uke.....

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	
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? Ja Nei

ØKONOMISKE FORHOLD

Alderspensjon Uførepensjon Annen inntekt Hjelpetønad NAV

NÆRMESTE PÅRØRENDE/KONTAKTPERSON/HJELPEVERGE/FULLMEKTIG

Navn:		Slektsforhold:	
Adresse		Telefon:	
Postnr:	Poststed:		

SØKERS FASTLEGE

Navn:	Telefon:
-------	----------

Tilleggsopplysninger

Opplysninger om diagnose: (legg gjerne ved legeopplysninger)

BEGRUNNELSE:

Begrunnelse og bakgrunn for søknaden:

KOPI AV BREV/VEDTAK:Ønsker du at det sendes kopi av brev/vedtak: 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.

 fastlege/legekontor Tannhelsetjenesten Spesialisthelsetjenesten/poliklinikk NAV Sosialkontor Hjemmetjenester NAV (pensjonsopplysninger) Barnevernstjenesten Skatteetaten (inntekt) søker/ektefelle/samboer Psykiatriske avdelinger Andre Inntektsforhold søker/ektefelle/samboer Andre; påfør: Individuell plan**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)**