

Pleie og omsorgstjenesten i Kvalsund
 Grubeveien 23
 9620 Kvalsund
 Telefon: 78 41 59 00

**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	
TJENESTER: <input type="checkbox"/> Helsehjelp i hjemmet (Hjemmesykepleie) <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleie <input type="checkbox"/> Særlige hjelpetiltak rusmiddelmissbrukere <input type="checkbox"/> Praktisk bistand daglige gjøremål <input type="checkbox"/> Praktisk bistand opplæring (miljøarbeid) <input type="checkbox"/> Avlastningstiltak <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Dagsenter (Rus- og psykiatritjenesten) <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Fritid med bistand (støttekontakt) <input type="checkbox"/> Individuell plan	BOLIG: <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Trygdebolig INSTITUSJONSTJENESTER: <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon <input type="checkbox"/> Tidsbegrenset opphold institusjon <input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Rehabilitering <input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Korttidsplass <input type="checkbox"/> 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? <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/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: (bruk gjerne ekstra ark)

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.

<input type="checkbox"/> fastlege/legekontor	<input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten
<input type="checkbox"/> Specialisthelsetjenesten/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"/> Andre; påfør:	<input type="checkbox"/> 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)