

For tjenesten	Dato mottatt:
	Lpnr. søker:
	Saksbeh.:
	Journalnr.:



**SEL
KOMMUNE**

Unntatt off. iht. Offentleglova § 13.1.ledd

SØKNAD OM HELSE-, OMSORG- OG REHABILITERINGSSTJENESTER

PERSONALIA

Navn: _____ Personnummer: _____ (11 siffer)

Adresse: _____

Postnummer/Sted: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. arbeid: _____

Sivilstand: Ugift Gift/samboer Separert/skilt Enke/enkemann

Ektefelle/samboer: _____ Personnummer.: _____

NÆRMESTE PÅRØRENDE:

Navn: _____ Slektsforhold: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Personnummer: _____

Denne personen kan samtykke/medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv. Sett **x** (kryss) hvis «ja»

SØKNAD OM TJENESTER- SETT X:

<input type="checkbox"/>	Aktivitetstilbud dagtid / Dagtilbud for demente
<input type="checkbox"/>	Avlastning Navn på omsorgsyter:
<input type="checkbox"/>	Brukerstyrt personlig assistent - BPA
<input type="checkbox"/>	Hjemmesykepleie
<input type="checkbox"/>	Hverdagsrehabilitering
<input type="checkbox"/>	Institusjon – Korttidsopphold/rehabilitering
<input type="checkbox"/>	Institusjon - Langtidsopphold
<input type="checkbox"/>	Kommunal transport
<input type="checkbox"/>	Ledsagerbevis (legg ved passfoto)
<input type="checkbox"/>	Matombringing
<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig Omsorgsbolig
<input type="checkbox"/>	Omsorgslønn
<input type="checkbox"/>	Parkeringsbevis
<input type="checkbox"/>	Psykiske helsetjenester
<input type="checkbox"/>	Praktisk bistand - Hjemmehjelp / Boveiledning
<input type="checkbox"/>	Støttekontakt
<input type="checkbox"/>	Trygghetsalarm

Begrunnelse for søknaden. Beskriv funksjonsnivå, hjelpebehov og helsetilstand
(bruk eget ark om nødvendig)

Beskrivelse av bolig, familie og sosiale forhold:

Mottar du hjelpestønad fra folketrygden: Nei Ja Hvis «ja» - sats _____

Andre opplysninger:

Fastlege: _____ **Legekontor:** _____

Navn på hjelpeverge (dersom oppnevnt): _____ **Tlf:** _____

Samtykke:

Jeg samtykker i at helse- og omsorgstjenesten innhenter de opplysninger angående min helsetilstand som er nødvendige for behandling av søknaden, herunder lovpålagt IPLOS-registrering. IPLOS står for individbasert pleie og omsorgsstatistikk. Alle opplysningene som blir sendt til staten er anonyme. Jeg samtykker i at det opprettes en journal og at opplysningene kan lagres elektronisk. Jeg samtykker i at det innhentes inntektsopplysninger for egenbetaling av tjenesten der dette er relevant.

Sted/dato: _____ **Søkers underskrift:** _____

Om andre søker på vegne av den omsorgstrengende, MÅ det legges ved fullmakt.

Dersom du har fått hjelp til utfylling av søknadsskjemaet; oppgi navn, tilknytning og telefonnummer.

Navn: _____ **Telefon:** _____

Tilknytning: _____

Søknaden sendes: Sel kommune
Tildelingskontor
Botten Hansensgt. 9
2670 Otta