

HELSE- OG OMSORGSTJENESTER - SØKNADSSKJEMA

Unntatt fra offentlighet, Offentlighetsloven § 13.



KVITSØY KOMMUNE

Trygghet - Ærlighet - Respekt

Personlige opplysninger:

Søker: F.nr. (11 siffer):

Adresse:

Postnr./sted: Tlf.:

Sivil status: Fastlege:

Den nærmeste pårørende/hjelpeverge/andre du vil kommunen skal samarbeide med:

Navn: Relasjon til søker:

Adresse:

E-post: Tlf.:

Kryss av for hvilke tjeneste(r) du søker:

Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Avlastning * | |
| <input type="checkbox"/> Omsorgslønn * | |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hjemmehjelp) / opplæring / personlig assistanse * | <input type="checkbox"/> Fysioterapi |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Korttids-/vurderingsopphold * |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie * | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon * |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste * | <input type="checkbox"/> Rulleringsopphold * |
| <input type="checkbox"/> Dagopphold i sykehjem * | |

* Oppdaterte legeopplysninger må legges ved.

Andre kommunale tjenester:

- Trygghetsalarm *
- Parkeringskort for mennesker med nedsatt funksjonsevne *
- Matombringning*
- Omsorgsbolig *
- Tekniske hjelpemidler fra kommunalt hjelpemiddellager
- Annet: Jeg ønsker en samtale om de tjenestene som er de rette for meg

* Oppdaterte legeopplysninger må legges ved.

Egenvurdering/kort beskrivelse. Beskriv hvorfor det søkes om tjenesten(e) over.

.....

.....

.....

.....



INFORMASJON OM BETALING

Betaling for dagopphold, korttids- og lantidsopphold i institusjon skjer etter regler fastsatt av Helse- og sosialdepartementet. Egenbetaling for hjemmetjenester, trygghetsalarm og praktisk bistand skjer etter satser vedtatt av kommunestyret. Ved betaling for praktisk bistand legges husstandens samlede inntekt til grunn og siste ligningsattest må leveres.

Samtykke

Jeg samtykker i at kommunen innhenter opplysninger fra ulike samarbeidspartnere som fastlege, spesialisthelsetjeneste eller andre faggrupper, dersom det er nødvendig for saksbehandlingen i denne aktuelle saken. Jeg er oppmerksom på at min søknad om tjenester vil bli behandlet tverrfaglig. Jeg samtykker i at samarbeidende personell kan utveksle relevant informasjon for å koordinere mitt tjenestetilbud.

Dato:

Underskrift:

Fullmakt

Jeg gir med dette følgende personer fullmakt til å representere meg i saksbehandlingen av denne søknaden:

Navn:

Underskrift søknaden

Dato: Sted: Underskrift:

Kontaktinformasjon Helse og omsorg:

Ydstebøveien 156, 4180 Kvitsøy
Telefon: 51 73 63 00