



OSTERØY KOMMUNE
Helse, omsorg og sosial
Rådhuset
5282 Lonevåg

Tlf 56192100

SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Opplysninger om søker: (namn på den som skal motta tenesta)

For og etternavn:			Fødselsnr:		
Adresse:			Telefonnr:		
Postnr/stad:			Mobilnr:		
Heimkommune:			Statsborgarskap:		
Sivilstatus (set kryss):	Einsleg:	Gift/sambuar/ partner:	Bur åleine (set kryss):	Ja :	Nei:
Fastlege:			Den du evt. deler husstand med:		
Legeskontor:			Namn: _____		
Kopi av vedtak til fastlege:	Ja :	Nei:	Fødselsnr:		

Opplysningar om pårørande (kontaktperson, verge) j.f. pasient- og brukarrettighetslova §1-3

Næraste pårørande:	Evt. Anna kontaktperson:
Namn:	Namn:
Adresse:	Adresse:
Postnr/stad	Adresse:
Telefonnr:	Telefonnr:
Tilknytning til søker:	Tilknytning til søker:
Mottar du eller har du søkt hjelpstønad frå NAV? Ja Nei	
Dersom ja: sats 1 sats 2 sats 3 sats 4	

Søknaden gjeld:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/ heimehjelp | <input type="checkbox"/> Opplæring/retteleiing til pårørande med sær s tyngande omsorgsarbeid |
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie | <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad |
| <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Avlasting/institusjon |
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> Avlasting/ funksjonshemma |
| <input type="checkbox"/> Demensteam/dagtilbud | <input type="checkbox"/> Dagtilbod/ funksjonshemma |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse- og rusomsorg | <input type="checkbox"/> Følgjekort |
| <input type="checkbox"/> Langtidsopphald i institusjon | <input type="checkbox"/> Brukarstyrt assistanse BPA |
| <input type="checkbox"/> Korttidsopphald i institusjon | <input type="checkbox"/> Støttekontakt |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitering | <input type="checkbox"/> Kommunal omsorgsbustad med eller utan heildøgns omsorgsteneste |
| <input type="checkbox"/> Psykolog/psykisk helse | |

Beskriv behovet for hjelp og gje ei grunngjeving for søknaden:

For at kommunen skal gje ei forsvarleg vurdering av søknaden treng ein tilstrekkelege opplysningar om ditt behov for hjelp i høve til t.d. ernæring, personleg hygiene, funksjonsevne og medisinsk oppfølging.

Hjelpebehov:

Grunngjeving:

Andre opplysningar til søknaden:

Søknad fylt ut i samarbeid med:

Namn:

Telefonnr:

Hjelpemiddel:

Bruker du hjelpemiddel:

Ja:

Nei:

Behov for nye hjelpemiddel (beskriv):

Dersom ja, kva hjelpemiddel:

Opplysningar til søkjar:

Søknaden skal sendast til den kommunen du bur i, eller midlartidig oppheldt deg i. Kommunen skal handsama søknaden fortløpande, og gje tilbakemelding utan ugrunna opphald.

Handsamingstida skal ikke overgå 1 mnd frå motteken søknad. (jfr. forvaltningslova § 11a)

Samarbeidsavtale mellom sjukehus og kommune som gjeld rutinar ved inn- og utskrivning skal til ein kvar tid følgjast.

Dersom du har behov for langvarig og koordinerte tenester har du rett til å få utarbeidd individuell plan. Helsepersonell kan gje deg meir informasjon om dette.

Søknaden om kommunale tenester vert registrert i kommunen sitt datasystem. Søkjar kan krevje innsyn i kva informasjon som er registrert. (jfr. forvaltningslova § 18, første ledd)

Pasient/pårørande er kjend med opplysningane som er gitt, og behov for tenester som kjem fram i søknaden:

Signatur søkjar:

Stad og dato:

Signatur pårørande/ verje dersom
Søkjar ikkje kan signere

Stad og dato: