Søknad om helse og omsorgs tenester frå Hjartdal kommune

Det søkast om fylgjande tenester:

|  |  |
| --- | --- |
| **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.** | **Andre tenester:*** Tryggleiksalarm
* Matombringing
* Individuell plan
* Parkeringskort for

rørslehemma* Følgjekort
* Eg er usikker på kva for

 tenester som er det rette for meg, og eg ber om ein samtale som kan kartlegge dette.* Tekniske hjelpemiddel
 |
| **Tenester etter:****§ 3-2, pkt 5*** Teneste psykisk helse
* Rehabilitering utafor

 institusjon**§ 3-2, pkt 6a*** Helsetjenester i hjemmet ma. heimssjukepleie

**§ 3-2, pkt 6b** * Støttekontakt
* Praktisk hjelp/ heimehjelp/miljøarbeid
* Personleg assistent
 | **§ 3-2, pkt 6c*** Langtidsopphald i

Institusjon* Korttidsopphald/

 vurderingsopphald i institusjon* Dagopphald i institusjon

**§ 3-2, pkt 6d*** Avlasting utafor institusjon
* Avlasting i institusjon

**§3-6** * Omsorgsløn
 |

**Personlige opplysningar:**

|  |
| --- |
| **Namn: F. nr:** |
| **Adresse:** |
| **Postnummer : Poststad:** |
| **Telefon privat: Mobil:** |

**Pårørande / verge:**

|  |
| --- |
| **Namn:** |
| **Adresse:** |
| **Postnummer : Poststad:** |
| **Telefon privat: Mobil:** |
| **Tilhøve til søkjar:** |

|  |
| --- |
| **Navn: F.nr:** |

|  |
| --- |
| **Beskriving av kvifor det søkast om overstående tenester:** |

**Betaling:** Betaling for kort- og langtidsopphald i institusjon skjer etter regler fastsett av

Helse- og omsorgsdepartementet. Eigenbetaling for trygghetsalarm, matombringing og praktisk bistand skjer etter satser vedtatt av kommunestyret. Ved betaling for praktisk bistand vert husstandens samla inntekt lagt til grunn og likningsattest må leverast. Meir informasjon om betaling kan du få ved å henvende deg til Kommunalsjef helse, pleie og omsorg tlf 35 02 80 34.

|  |
| --- |
| **Søkar er frå før i kontakt med fylgjande instanser:*** NAV kontor (hvilke)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Fastlege:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Andre kommunale enheter:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Andre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**Fullmakt:** Eg gjev med dette fylgjande person fullmakt til å representere meg i sakshandsaminga av denne søknaden:

Navn: …………………………… Tlf: ……………….. Tilknytning:…………………………

Søknaden vert behandla i tverrfagleg tiltaksteam som har møte kvar 14. dag. Medlemmer i

tiltasksteamet er: lege, institusjonsleiar, leiar for heimetenesta, fysioterapeut og evt. andre som er aktuell for sakashandsaminga. Meir informasjon kan du få ved å ta kontakt med Kommunalsjef helse, pleie og omsorg tlf 35 02 80 34.

Jeg samtykker til at nødvendige opplysninger blir innhenta for vurdering av søknad.

Stad: …………………. Dato:………... Underskrift av søkjar:…………………………….