



# Lyngen kommune

Helse og omsorg

Unntatt offentlighet §13, når utfyllt

## SØKNAD Registrering av behov

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fødselsnr. (11 siffer) \_\_\_\_\_

Sivilstand (kryss av):

- Barn (0-18)  Ugift  Gift  Samboer  Separert/skilt  Enke/-mann  
 Bor alene  Flere i hushold  
antall \_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_

Nærmeste pårørende (eller andre kontaktpersoner):

Navn: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Relasjon: \_\_\_\_\_ Relasjon: \_\_\_\_\_

HVORFOR TRENGER DU TJENESTER? (medisinske opplysninger, funksjon, annet):

## HVA GJELDER SØKNADEN

### SØKNAD OM TJENESTER HJEMME

- Hjemmesykepleie     Trygghetsalarm → Kontaktperson: \_\_\_\_\_  
 Praktisk bistand     Dagtilbud                       Individuell plan:  
(hjemmehjelp)         Støttekontakt                     Annet (spesifiser): \_\_\_\_\_  
 Matlevering             Rehabilitering                    \_\_\_\_\_  
 Omsorgslønn → har hjelpestønad fra Nav  ja  nei  
 Privat avlastning

### SØKNAD OM OPPHOLD I INSTITUSJON/ OMSORGSBOLIG

- Kortidsopphold     Rehabilitering                     Dagopphold  
 Langtidsopphold     Omsorgsbolig                     Avlastning

#### Sted:

- Lyngstunet helse- og oms.senter                       Lenangen omsorgssenter  
 Solhov bo- og akt.senter                                     Sollia omsorgsboliger

### BESKRIV HVA DU TRENGER HJELP TIL:

#### Fullmakt:

Jeg samtykker i at kommunen kan innhente nødvendige helseopplysninger fra lege, samt at journalopplysninger og andre taushetsbelagte opplysninger om meg innhentes og registreres. Jeg samtykker også i at kommunen ved behov innhenter opplysninger om mine inntektsforhold fra ligningskontor og/eller NAV. Jeg gir tillatelse til at opplysninger registreres i IPLOS (sentralt helseregister)

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Søkers underskrift: \_\_\_\_\_

---