Søknad om helse- og omsorgstjenester

Tjenestene skal ta utgangspunkt i dine ressurser og bidra til at du opprettholder, gjenvinner og eller utvikler mestring gjennom deltakelse. Opplysninger om kommunens tjeneste tilbud kan du også finne på kommunens nettside: [www.gausdal.kommune.no](http://www.gausdal.kommune.no)

Unntatt offentlighet jf. offentleglova §13, forvaltningsloven §13 og helse og omsorgstjenesteloven §12-1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OPPLYSNINGER OM SØKER** | |  | | | | | | |
| Navn | | Fødselsnummer (11 siffer) | | | | | | |
| Adresse | | Telefon | | | | | | |
| Postnummer Sted | | Sivilstatus | | | | | | |
| **HOVEDPÅRØRENDE** | | **SAMTYKKE for:** | | | | | | |
| Navn | | bruk av fødselsnummer | | | JA |  | | |
| for mottak av elektronisk post | | | NEI |  | | |
| Adresse | | Telefon | | | | | | |
| Postnummer Sted | | Relasjon til søker | | | | | | |
| Hovedpårørende skal ha kopi av vedtak | | JA |  | NEI | | |  | |
| **VERGE – fullmektig / lege / tannlege** | |  | | | | | | |
| Søker har verge: |  | Fremtidsfullmektig: | | | | | |  |
| Søker har fullmektig: |  | Hvis ja, legg ved mandat | | | | | | |
| **NAVN PÅ VERGE / FULLMEKTIG** | |  | | | | | | |
| Navn | | Telefon | | | | | | |
| Adresse | | Postnummer Sted | | | | | | |
| Navn på fastlege | | Siste time hos fastlege | | | | | | |
| Navn på tannlege | | Siste time hos tannlege | | | | | | |

.

|  |
| --- |
| **BEHOV OG FUNKSJONSEVNE – fysisk, psykisk og sosialt** |
| Hva klarer du selv? Hva er viktig for deg? |

.

|  |
| --- |
| **BEHOV OG FUNKSJONSEVNE – fysisk, psykisk og sosialt** |
| Hva klarer du **ikke** selv? Mottar du bistand/hjelp fra andre? Hvis ja – fra hvem og til hva? |

.

|  |
| --- |
| **OPPLYSNINGER DU MENER ER NØDVENDIGE FOR BEHANDLING AV SØKNADEN DIN** |
|  |

.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OVERSIKT OVER TJENESTER** | | | | | | | | | |
| **Jeg**  **søker**  **om:**  (sett kryss) | |  | Forebyggende hjemmebesøk | | |  | Psykisk helsetjeneste | | |
|  | Matombringing | | |  | Omsorgsbolig | | |
|  | Dagsenter | | |  | Bofellesskap | | |
|  | Arbeids- og dagaktivitetstilbud | | |  | HDO-bolig | | |
|  | Trygghetsalarm | | |  | Korttidsopphold i institusjon | | |
|  | Støttekontakt | | |  | Langtidsopphold i institusjon | | |
|  | Praktisk bistand, hjemmehjelp | | |  | Ledsagerbevis | | |
|  | Praktisk bistand, opplæring \* | | |  | Parkeringstillatelse | | |
|  | Helsetjenester i hjemmet, hjemmesykepleie | | |  | Brukerstyrt Personlig Assistent, BPA | | |
|  | *\* Praktisk bistand* opplæring *er å gjøre den enkelte mest mulig selvstendig i dagliglivet,  dvs. opplæring i husarbeid og matstell, personlig hygiene, påkledning og i forbindelse med måltider.* | | | | | | | | |
|  | |  |  | | |  |  | | |
| Jeg er  **pårørende**  som søker om: | | |  | Informasjon og veiledning | Om omsorgsstønad: | | |  |  |
|  | Omsorgsstønad | Har du søkt om | | | JA |  |
|  | Avlastning | hjelpestønad fra NAV? | | | NEI |  |

.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **KJERNEJOURNAL** | Søker samtykker: | | | |
| Kjernejournal er en enkel og sikker samhandlingsløsning for helse- og omsorgssektoren som gir rask tilgang til vesentlige helseopplysninger om pasienten. For at tjenesten skal kunne benytte din kjernejournal kreves det samtykke fra deg. | JA |  | NEI |  |
| Samtykket kan trekkes tilbake. | | | |
| **INNHENTING OG REGISTRERING AV OPPLYSNINGER** | | | | |
| Kommunen trenger opplysninger for å kunne gi deg best mulig bistand og behandling. Noen av opplysningene kommunen ber om, blir registrert etter en egen standard og sendt til statlig register, IPLOS og KPR, kommunalt pasient- og brukerregister. Innhentede opplysninger benyttes til statistikk og benyttes av kommunen og statlige myndigheter til styring og planlegging av tjenestetilbudet. Alle statistikker er anonymisert. | | | | |
| **DOKUMENTASJON OG INNSYNSRETT** | | | | |
| * Plikten til dokumentasjon følger av helsepersonelloven § 39 * Krav til journalens innhold følger av helsepersonelloven §40 * Plikt til å gi pasienten innsyn følger av helsepersonelloven § 41 | | | | |
| **OM SAKSBEHANDLINGEN** | | | | |
| Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for en vurderingssamtale/hjemmebesøk med innhenting av utfyllende opplysninger. Søknaden blir behandlet inne 4 uker. Dersom behandlings­tiden blir lenger vil du få brev om dette. Du vil alltid få skriftlig svar på din søknad.  **Når du underskriver søknaden samtykker du i at Gausdal kommune**   * behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til de ansatte  som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen * innhenter nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus * innhenter inntektsopplysninger fra ligningsmyndighetene for de tjenestene som det kreves egenbetaling for   **Samtykket kan trekkes tilbake.** | | | | |

.

|  |  |
| --- | --- |
| **Søknaden må være fullstendig utfylt og underskrevet** | |
| Sted og dato |  |
| Søkerens underskrift |  |
| **Underskrift av den som har bistått med utfylling av søknaden** | |
| Underskrift |  |
| Navn med blokkbokstaver |  |

Søknaden sendes til:

Tildelingskontoret for helse- og omsorgstjenester

Gausdal kommune

Vestringsvegen 8

2651, Østre Gausdal