



SØKNAD OM TJENESTER

Personlige opplysninger:	
Navn:	F.nr: (11 siffer)
Adresse:	Telefon:
Postnr/poststed:	Sivilstand:
Fastlege:	
Er boligen egnet for ditt individuelle behov? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Husstand: <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre <input type="checkbox"/> Bor sammen med foreldre
Får du privat ikke betalt hjelp	<input type="checkbox"/> Ja, inntil 3 timer/uke <input type="checkbox"/> Ja, inntil 9t/uke <input type="checkbox"/> Ja, 9-inntil 15t/uke <input type="checkbox"/> Ja 15t/uke og mer <input type="checkbox"/> Ja, ukjent omfang <input type="checkbox"/> Nei
Nærmeste pårørende/kontaktperson/hjelpeverge:	
Navn:	Evt. slektsforhold:
Adresse:	Telefon:
Postnr:	Poststed:

I forbindelse med behandling av din søknad, kan det bli aktuelt å innhente ytterligere opplysninger om din helsetilstand eller økonomi (for betaling av egenandel) Dersom vi har behov for å snakke med deg så ringer vi og avtaler hjemmebesøk.

Forts. side 2



Søknaden gjelder: kryss av for den eller de tjenester du søker:			
Hjemmesykepleie		Langtidsopphold i institusjon	
Praktisk bistand (hjemmehjelp)/BPA		Korttidsopphold i institusjon	
Trygghetsalarm		Avlastning	
Middagsombringing		Dag-/nattopphold i institusjon	
Ambulerende vaktmester		Trygdebolig Herefoss	
Omsorgslønn		Trygdebolig Birkeland	
Korttidshybel		Serviceleilighet/bofellesskap	
Dagsenter”Bestestua”		Dagtilbud ”Tunstua”	
Støttekontakt			
Kort begrunnelse for søknaden (bruk gjerne eget ark):			

Dato: **Søkers underskrift:**

Svar vil foreligge senest en måned etter mottatt søknad , jfr Forvaltningsloven § 11.a.

Fullmakt:

Undertegnede samtykker i at andre nødvendige opplysninger for saksbehandlingen kan innhentes fra andre offentlige organer, og at gitte opplysninger eller innhentede opplysninger kan videreformidles til nødvendige samarbeidspartnere.

Dato: **Søkers underskrift:**.....