



**KONFIDENSIELT**

*Søknad sendes til:*  
SKÅNLAND KOMMUNE  
HJEMMETJENESTEN/  
INNTAKSKOMITEEN  
Boks 240, 9439 EVENSKJER

**SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

**SØKERS NAVN:**

**1. Tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten**

Skånland kommune har følgende tilbud til personer som bor eller oppholder seg i kommunen:

- \* Syke- og aldershjem, herunder dagopphold, avlastningsopphold, korttids- og langtidsopphold.
- \* Eldre- og omsorgsboliger
- \* Hjemmesykepleie
- \* Praktisk bistand (hjemmehjelp og hjemmevaktmester)
- \* Omsorgslønn
- \* Trygghetsalarm
- \* Middagsombringning
- \* Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
- \* Individuell plan / koordinator

**3. Utfylling av søknadsskjema og rettigheter rundt saksbehandlingen**

Kryss av på det/de aktuelle tilbud som anses for mest aktuelt. Søknaden må være underskrevet av søker. Alle opplysninger behandles fortrolig, dette gjelder også elektronisk behandling av opplysninger. Du har rett til innsyn i saksdokumentene. Du kan reservere deg mot innhenting av personlige opplysninger. Vi gjør oppmerksom på at slik reservasjon kan medføre en dårligere saksbehandling. Kommunen har råd og veiledningsplikt. Ved behov for bistand v/utfylling av søknaden kan du ta kontakt med hjemmetjenesten.

**2. Tjenestens organisering**

**Institusjoner:**

Skånland sykehjem, 9440 Evenskjer  
Telefon 77 08 98 40

Sandstrand bo- & servicesenter,  
Sandstrand, 9445 Tovik  
Telefon 77 08 98 60

Grovfjord bo- & servicesenter,  
9446 Grovfjord  
Telefon: 77 08 92 70

**Hjemmetjenesten:**

Hjemmetjenesten sør:  
Boks 240  
9439 Evenskjer  
Telefon 77 08 95 45 (918 34 244)  
Hjemmetjenesten nord:  
9446 Grovfjord  
Telefon 77 08 92 62 (900 23 685)

**4. Behandling av søknaden**

Søkeren blir kontaktet så snart som mulig av kommunens saksbehandler for nærmere avtale. Sammensetting av tjenestetilbudet blir utarbeidet i samarbeid med søker.

En del tjenester har egenandel, men andre er vederlagsfrie. Du bør gjøre deg kjent med hvilke betalingssetser som gjelder og hvordan din andel beregnes.

Du kan ellers søke om økonomisk støtte, støttekontakt, grunnstønad/hjelpestønad via NAV. Kontakt kommunen for nærmere opplysninger.

**5. Klage**

Vedtaket som gjøres av de fagansvarlige kan påklages dersom det oppfattes utilfredsstillende.

Kommunen har plikt til å opplyse om klagefrister, samt være behjelpelig med å fremme klagen.

# SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven, Bruker- og pasientrettighetsloven

## 1. *Personalia*

Fornavn: \_\_\_\_\_ Etternavn: \_\_\_\_\_

Født: \_\_\_\_\_ Pers.nr. \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr./Sted \_\_\_\_\_

Nasjonalitet: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_ Evt tidligere yrke: \_\_\_\_\_

Sivilstand: Gift/samboende      Enke/enkemann      Ugift      Separert/Skilt  
Gift/samboende m/institusjonsbeoer

## 2. *Pårørende (evt ektefelle/samboer, kontaktperson, hjelpeverge)*

Navn: \_\_\_\_\_ Evt. slektskap: \_\_\_\_\_

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

**Telefon privat:**

**Telefon arbeid:**

## 3. *Dagens bosituasjon (kryss av):*

- Egen bolig                       Leilighet i borettslag                       Annen leid bolig  
 Eldre-/omsorgsbolig                       Alders-/sykehjem/sykehus                       Annet

Alders- sykehjemmet/sykehusets navn: \_\_\_\_\_

Forventet utskrivingsdato: \_\_\_\_\_

## 4. *Fastlege*

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

## 5. *Ønskede tiltak* (kommunale tjenester) kryss av:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alders-/sykehjem, langtidsopphold | <input type="checkbox"/> Hjemmevaktmester                |
| <input type="checkbox"/> Alders-/sykehjem, korttidsopphold | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn                     |
| <input type="checkbox"/> Avlastning                        | <input type="checkbox"/> Eldre-/omsorgsbolig             |
| <input type="checkbox"/> Dagplass i alders-/sykehjem       | <input type="checkbox"/> Kjøp av middag                  |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie                   | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm                  |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/hjemmehjelp      | <input type="checkbox"/> Tekn. hjelpemidler              |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent   | <input type="checkbox"/> Individuell Plan / koordinator  |
|  | <input type="checkbox"/> Annet (beskriv nærmere i pkt 9) |

**6. Tannbehandling** (Fylkeskommunal tjeneste)

Brukere/beboere som har vært (eller forventes å være) i ukentlig pleie i hjemmesykepleien eller på sykehjem i minst 3 måneder, har rett til gratis tannbehandling.

Kryss av det du ønsker:

- Ja, jeg ønsker at tannhelsetjenesten skal få oppgitt mitt navn og adresse slik at jeg kan få tilbud om gratis tilsyn og nødvendig tannbehandling.
- Nei, jeg ønsker ikke at tannhelsetjenesten skal få denne opplysningen.

**7. Har du kontakt med, eller mottar du hjelp fra andre offentlige instanser?**

- Trygdekontor                       Sosialkontor                       Annet (beskriv):

**8. Legeerklæring/dokumenter**

Omsorgstjenesten kan kreve legeerklæring ved behov.

**9. Begrunnelse for søknaden** (bruk gjerne baksiden for mer plass):

---

---

---

---

**10. Samtykkeerklæring/informert samtykke**

Jeg gir Skånland kommune fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger som ansees som relevante for behandlingen av søknaden. De opplysninger som registreres kan formidles videre når dette er nødvendig slik at jeg kan få best mulig hjelp og behandling. Jeg gir tillatelse til at opplysninger i denne blanketten registreres i IPLOS (sentralt helseregister). Jeg bekrefter at dette samtykket gis frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake. Som søker har jeg reservasjonsrettigheter i forbindelse med innhenting av personlige opplysninger og også når det gjelder videreformidling av opplysninger. Eksempel på videreformidling kan være til: fastlege, sykehus, NAV, og lignende.

Hvis slik reservasjon ønskes, skriv navnet på linja under.

Jeg reserverer meg mot:

---

Sted: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Søkers / samtykkegivers underskrift: \_\_\_\_\_