

## SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

 Søkerens navn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Personnummer (11 siffer): \_\_\_\_\_ Sivilstand: \_\_\_\_\_

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

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

Pårørende: \_\_\_\_\_

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

Slektforhold: \_\_\_\_\_

### DET SØKES OM (SETT X):

<input type="checkbox"/> HJEMMESYKEPLEIE	<input type="checkbox"/> HVERDAGSREHABILITERING
<input type="checkbox"/> HJEMMEHJELP	<input type="checkbox"/> PÅRØRENDESTØTTE / VEILEDNING
<input type="checkbox"/> AMBULERENDE VAKTMESTER	<input type="checkbox"/> AVLASTNINGSOPPHOLD
<input type="checkbox"/> FRITIDSKONTAKT	<input type="checkbox"/> LANGTIDSOPPHOLD
<input type="checkbox"/> ERGOTERAPI	<input type="checkbox"/> KORTTIDSOPPHOLD
<input type="checkbox"/> FYSIOTERAPI	<input type="checkbox"/> DEMENSKARTLEGGING
<input type="checkbox"/> HJEMMEAVLASTNING	<input type="checkbox"/> DAGTILBUD FOR PERSONER MED DEMENS
<input type="checkbox"/> BORGERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE	<input type="checkbox"/> DAGTILBUD – ELDERE
<input type="checkbox"/> MILJØARBEIDERTJENESTE	<input type="checkbox"/> DAGTILBUD – REHABILITERING
<input type="checkbox"/> PSYKIATRISK SYKEPLEIE	<input type="checkbox"/> DAGTILBUD – PSYKISK HELSEARBEID
<input type="checkbox"/> OMSORGLØNN	<input type="checkbox"/> AKTIVITETSTILBUD – DOKKA VEDSENER
<input type="checkbox"/> LOGOPED	<input type="checkbox"/> AKTIVITETSTILBUD – DOKKA DAGSENER
<input type="checkbox"/> MATOMBRINGING	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELL PLAN
<input type="checkbox"/> TRYGGHETSALARM	<input type="checkbox"/> KOORDINATOR
<input type="checkbox"/> NØKKELBOKS	

For beskrivelse av behovet, bruk baksiden.

**Postadresse:**  
 Postboks 173  
 2882 Dokka

**Besøksadresse:**  
 Storgata 28  
 2870 Dokka

**Telefon:** 61 11 60 00  
**E-post:** postmottak@nordre-land.kommune.no  
**Org.nr:** 861 381 722  
**Kto.nr.:** 2075 07 03152

## KORT BESKRIVELSE AV BEHOVET FOR TJENESTEN – BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN:

Jeg gir herved tillatelse til at det kan innhentes nødvendige opplysninger fra andre offentlige instanser i forbindelse med behandlingen av denne søknaden, herunder medisinske opplysninger og opplysninger fra trygdekontor og ligningskontor.

Evt. andre instanser: \_\_\_\_\_

Samtidig gir jeg tillatelse til at opplysningene registreres i kommunens fagsystem for helse- og omsorgstjenester, samt et anonymt nasjonalt helseregister (IPLOS).

DATO: \_\_\_\_\_

SØKERS UNDERSKRIFT:

\_\_\_\_\_

EVT. PÅRØRENDE ELLER HJELPEVERGE:

\_\_\_\_\_

### **Søknaden leveres:**

Tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester  
Nordre Land kommune, Helse og omsorg  
Landmovn. 5 A  
2870 Dokka