

**SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

Søkerens navn:

Personnummer (11 siffer): Sivilstand:

Adresse: Telefon:

Pårørende:

Adresse: Telefon:

Slektsforhold:

DET SØKES OM (SETT X):

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> HJEMMESYKEPLEIE | <input type="checkbox"/> FYSIOTERAPI |
| <input type="checkbox"/> HJEMMEHJELP | <input type="checkbox"/> OPPTRENINGSSOPPHOLD - SYKEHJEM |
| <input type="checkbox"/> AMBULERENDE VAKTMESTER | <input type="checkbox"/> AVLASTNINGSOPPHOLD - SYKEHJEM |
| <input type="checkbox"/> FRITIDSKONTAKT | <input type="checkbox"/> LANGTIDSOPPHOLD - SYKEHJEM |
| <input type="checkbox"/> BOVEILEDNING | <input type="checkbox"/> KORTTIDSOPPHOLD SYKEHJEM |
| <input type="checkbox"/> HJEMMEAVLASTNING | <input type="checkbox"/> KORTTIDSOPPHOLD OMSORGSSENTER |
| <input type="checkbox"/> BORGERSTYRT PERSONLIG ASSISTANSE | <input type="checkbox"/> DAGTILBUD – ELDRE |
| <input type="checkbox"/> MILJØARBEIDERTJENESTE | <input type="checkbox"/> DAGTILBUD – REHABILITERING |
| <input type="checkbox"/> OMSORGLØNN | <input type="checkbox"/> AKTIVITETSTILBUD DOKKA VEDSENTER |
| <input type="checkbox"/> MATOMBRINGING | <input type="checkbox"/> AKTIVITETSTILBUD TORPA DAGSENTER |
| <input type="checkbox"/> TRYGGHETSALARM | <input type="checkbox"/> PSYKIATRISK SYKEPLEIE |
| <input type="checkbox"/> NØKKELBOKS | <input type="checkbox"/> DAGTILBUD - PSYKISK HELSEARBEID |
| <input type="checkbox"/> ERGOTERAPI | <input type="checkbox"/> INDIVIDUELL PLAN |

For beskrivelse av behovet, bruk baksiden.

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
Landmo Omsorg- og Rehabiliteringssenter
Postboks 173
2870 Dokka