



LUNNER
KOMMUNE

Helse- og omsorgstjenester - søknad

Opplysninger til søker:

Alle opplysninger i dette skjema er nødvendig for behandling av søknaden.

Søknaden behandles konfidensielt.

Du finner informasjon på lunner.kommune.no under området Tildeling av tjenester.

Ved eventuelle spørsmål og/ eller behov for hjelp til å fylle ut søknaden, kontakt Tildelingskontoret på telefon 905 00 630

[Ledsagerbevis - eget søknadsskjema](#)

[Parkeringstillatelse - eget søknadsskjema](#)

[Trygde-/Eldrebolig - eget søknadsskjema](#)

Veiledning:

For å vurdere hvilken tjeneste som er riktig, gjennomføres det en kartlegging av ditt behov. Du eller den som søker for deg, må fortelle oss hva som er viktig, slik at dette tas hensyn til i saksutredningen. Pårørende og nettverk er en viktig ressurs og kan, når du ønsker det selv, være med som en del av kartleggingen.

Dersom du søker om helse- og omsorgstjenester for første gang, ber vi om at du innhenter oppdaterte helseopplysninger fra fastlegen / spesialisthelsetjenesten og legger de ved søknaden.

Dersom søknaden sendes inn av verge / fremtidsfullmektig, ber vi om at kopi av oppnevningbrev legges ved søknaden.

Personopplysninger	
Opplysninger om søker av helse- og omsorgstjenester	
Fødselsnummer	
Fornavn	Etternavn
Adresse	
Postnr/sted	
Mobiltelefon	
Sivilstand	
Velg	
<input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift, samboer, reg.partner <input type="checkbox"/> Enke, enkemann, gjenlevende partner/samboer <input type="checkbox"/> Separert/skilt, inkludert oppløste partnerskap/samboerskap	
Boforhold	
Hvem bor i bolig med søker	
<input type="checkbox"/> Alene <input type="checkbox"/> Med ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Med foreldre <input type="checkbox"/> Med barn <input type="checkbox"/> Med søsken <input type="checkbox"/> Andre	
Antall i husstand	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Flere	
Boligtype	
<input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Annet	
Beskriv boligtype	
Opplysninger om utfyller om det er annen person enn søker	
Fornavn	Etternavn
Relasjon til søker	
Adresse	
Postnr/sted	
Mobiltelefon	
Telefon arbeid	

Nærmeste pårørende

Samme som utfyller på forrige side

Ja (Du trenger ikke fylle ut kontaktinformasjon på nytt om dette er fylt ut på forrige side)

Velg

- Ektefelle
- Samboer
- Barn
- Mor
- Far
- Barnebarn/oldebarn
- Bror
- Søster
- Niese/nevø
- Verge / Fremtidsfullmektig
- Annet

Kontaktinformasjon nærmeste pårørende

Fornavn

Etternavn

Adresse

Postnr/sted

Mobil

Telefon arbeid

Andre kontakter

Fastlege

- Oppgi fastlege
 Jeg vet ikke hvilken fastlege jeg har

Navn på fastlege

Fornavn

Etternavn

Legekontor

Ev. verge / fremtidsfullmektig for søker

Navn

Telefon

Andre hjelpeinstanser søker har tjenester fra nå

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> NAV | <input type="checkbox"/> Barnehage/SFO |
| <input type="checkbox"/> PP-tjeneste | <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten |
| <input type="checkbox"/> Helsestasjon | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjeneste |

Beskriv om det er andre hjelpeinstanser enn ovenstående

Tjenester i dag

Har du tjenester fra kommunen i dag?

- Ja
 Nei

Hvilke tjenester har du i dag? (Trenger bare fylles ut dersom du mottar tjenester i dag.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon | <input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) | <input type="checkbox"/> Dagopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbud tilrettelagte tjenester | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie |
| <input type="checkbox"/> Koordinator/individuell plan | <input type="checkbox"/> Korttidsopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Kreftkoordinator | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med bemanning |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig uten bemanning | <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand | <input type="checkbox"/> Psykisk helse/rusoppfølging |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |

Søknad

Hvilke tjeneste søker du? (Må fylles ut)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon | <input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) | <input type="checkbox"/> Dagopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbud tilrettelagte tjenester | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie |
| <input type="checkbox"/> Koordinator/individuell plan | <input type="checkbox"/> Korttidsopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Kreftkoordinator | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med bemanning |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig uten bemanning | <input type="checkbox"/> Omsorgstønad |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand | <input type="checkbox"/> Psykisk helse/rusoppfølging |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |

Beskriv hvorfor du søker denne tjenesten:

Beskriv konkret hva du trenger hjelp til

Hva er viktig for deg?

Fullmakt

Jeg samtykker i:

- at kommunen innhenter opplysninger fra annet helsepersonell og skatteetaten hvis det er nødvendig for behandling av søknaden.
- at søknaden om tjenester vil bli behandlet tverrfaglig.

Vedlegg

Vedlegg legges ved søknaden.

Dato:

Signatur: