



## Søknad om kommunale helse – og omsorgstenester

### 1. Kva blir det søkt om? (Sett kryss for dei tenestene det blir søkt om).

Heimetenester	Institusjon
<input type="checkbox"/> Helsehjelp i heimen (heimesjukepleie/psykiatrisk sjukepleie/lungesjukepleie) <input type="checkbox"/> Praktisk bistand til daglege gjeremål (heimhjelp) <input type="checkbox"/> Matombringning <input type="checkbox"/> Ergoterapi/hjelpemidlar <input type="checkbox"/> Arbeidsstova <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad <input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm <input type="checkbox"/> Avlastning utanfor heimen <input type="checkbox"/> Fritidskontakt <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad <input type="checkbox"/> Dagavdeling for personar med demens	<input type="checkbox"/> Avlastningsopphald i institusjon <input type="checkbox"/> Korttidsopphald i institusjon <input type="checkbox"/> Langtidsopphald i institusjon <input type="checkbox"/> Nattopphald i institusjon <input type="checkbox"/> Dagopphald i institusjon
Mottek du andre tenester frå helse – og omsorg? Ja: _____ Nei: _____	Mottek du privat hjelp: _____ (Også hjelp av pårørande) Ja: _____ Nei: _____

### 2. Opplysningar om den som søker

Namn:	Personnummer:
Adresse:	Telefon/mobiltelefon:
Postnr.: _____ Poststad: _____	E-post: _____
Sivilstatus: (Gift/ugift/sambuar/enke/enkjemann)	Bur åleine: _____ Bur saman med andre: _____
Fastlege:	Dato for sist kontakt med fastlege: _____

### 3. Familie/næraste pårørande

Namn ektefelle/sambuar:	Telefon:
Namn pårørande:	Slektsforhold:
Adresse:	Telefon/mobiltelefon:
Postnr.: _____ Poststad: _____	E-post: _____
Namn evt. verge:	Evt. slektskap _____ Telefon _____

