

SØKNAD

1. PERSONALIA

Navn: _____

Fødsels-/personnummer: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ Postnummer: _____

Sivilstand: __ Ugift __ Gift/Partner __ Samboende __ Enke/Enkemann

Diagnose/funksjonshemming: _____

2. PÅRØRENDE, KONTAKTPERSON, HJELPEVERGE

Navn: _____ Evt. Slektskap: _____

Adresse: _____

Mobiltelefon: _____ Telefon privar: _____ Telefon arb.: _____

3. FASTLEGE/LEGEKONOR

Navn: _____ Telefonnr: _____

4. DET SØKES KOMMUNEN OM FØLGENDE TJENESTER

__ Kortidsopphold i perioden: _____ Avlastning i perioden: _____

__ Langtidsopphold på sykehjem: _____ Omsorgsboling: Lebesby __ Kjøllefjord _____

Hjemmehjelp: ____ t hver: _____ Hjemmesykepleier: ____ t hver: _____

Psykiatrisk sykepleiertjeneste: ____ t hver: _____ Støttekontakt ____ t hver: _____

Omsorgslønn: _____

Trygghetsalarm: _____

Matombringning: _____

Brukerstyrt personlig assistent: _____

Individuell plan: _____

5. BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN (Hva søkes det hjelp til og i hvilket omfang.)

6. SAMTYKKE/FULLMAKT

Jeg gir Helse og omsorgsavdelingene samtykke/fullmakt til å hente inn nødvendige opplysninger i forbindelse med behandling av denne søknad fra lignings-, NAV-, samt min faste lege angående min helse, inntekt og formue.

Jeg/vi er gjort kjent med at vederlag kreves etter sosialtjenestelovens § !!-2 med gjeldende forskrifter.

Underskrift søker/hjelpeverge:_____

7. UNDERSKRIFT

Sted:_____ Dato:_____

Underskrift søker/hjelpeverge:_____

8. Kommunens behandling av søknaden:

Søknad innkommet:_____ Vedtaksdato:_____

Søknaden sendes

Lebesby kommune

PB 38

9790 Kjøllefjord

Merket søknad - omsorgstjenester