



SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

OPPLYSNINGER OM SØKER

Etternavn _____	Fornavn _____
Fødselsnr _____	Tlf / mob _____
Postadresse _____	
E-post _____	

Hovedpårørende/ verge	Relasjon _____
Etternavn _____	Fornavn _____
Postadresse _____	
Telefon/Mobil _____	E-post _____

Pårørende	Relasjon _____
Etternavn _____	Fornavn _____
Postadresse _____	
Telefon/Mobil _____	E-post _____

Samtykke til registrering av fødselsnummer for kopi av digital utsending fra kommunen: Ja Nei Fødselsnummer: _____

Har du helse- og omsorgstjenester fra kommunen fra før?
 Ja Nei

OPPLYSNINGER OM HELSEPERSONELL SOM ER KJENT MED DIN SITUASJON

Fastlege _____	Legesenter _____
Andre _____	

HVA TRENGER DU HJELP TIL? (Gjelder også søknad på omsorgsbolig, beskriv behovet. Skriv eventuelt på eget ark)

HVORFOR TRENGER DU HJELP (Skriv eventuelt på eget ark)

Jeg er pårørende som søker om:	Informasjon og veiledning	<input type="checkbox"/>	Om omsorgsstønad: Har du søkt hjelpestønad fra NAV? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Omsorgsstønad	<input type="checkbox"/>	
	Avlastning	<input type="checkbox"/>	

FULLMAKT

Ved min underskrift gir jeg helse- og omsorgstjenester fullmakt til å innhente opplysninger som er nødvendige for de tjenestene som skal ytes, fra eksempelvis fastlege, spesialisthelsetjenesten, sykehus og kjernejournal. Fullmakten gjelder også innhenting av opplysninger for å kunne fastsette eventuell egenbetaling for hjemmetjenester eller vederlag på institusjon. Jeg samtykker også i at opplysninger kan gis videre til nødvendige samarbeidspartnere.

Dato _____ Underskrift _____

VEILEDNING

Søknaden må skrives ut og sendes pr post til adressen du finner under.

Etter at tildelingsteamet har mottatt søknaden vil du bli kontaktet av en saksbehandler. Det kan da bli avtalt et tidspunkt hvor vi vil komme på vurderingsbesøk til deg for å innhente ytterligere opplysninger før det blir fattet et vedtak.

Alle opplysninger vi innhenter vil bli nedskrevet i din personlige elektroniske journal. Du kan når som helst be om å få innsyn i journalen.

Svar på søknaden vil foreligge innen 4 uker etter mottatt søknad.

Søknaden sendes pr post til:

Mottaker	Tildeling Helse- og omsorgstjenester
Adresse	Øyer Kommune
Postboks	Postboks 4
P.nr / Sted	2637 Øyer
Telefon	948 00 936