



SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE – OG OMSORGSTENESTER –

Unnateke offentlig innsyn, jf. offl § 13, fvl. § 13.

Mottakar av søknaden:

Kommune: Meland kommune
Adresse: Postboks 79
Postnr/-stad: 5906 Frekhaug

Opplysningar om søkjar

For - og etternamn:	Personnr (11 siffer):
Adresse:	Telefonnr:
Postnummer: Stad:	Mobilnr:
Folkeregistrert i (kommune):	Statsborgarskap:
Sivilstand: Einsleg <input type="checkbox"/> Gift/sambuar /partner <input type="checkbox"/> Enke-/mann <input type="checkbox"/>	Bur åleine: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Mottek du helse- og omsorgstenester frå kommunen? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje <input type="checkbox"/>	Fastlege: Legekontor: Kopi av vedtak skal sendast fastlege <input type="checkbox"/>

Beskriv behov for hjelp og gje ei grunngjeving for søknaden

For at kommunen skal gjere ei forsvarleg vurdering av søknaden treng ein tilstrekkelege opplysningar om ditt behov for hjelp i høve til t.d. ernæring, personleg hygiene, funksjonsevne og medisinsk oppfølging. På andre sida finn du nærare informasjon om kva tenester det kan søkjast om. Det skal fortrinnsvis ikkje søkjast om spesifikk teneste, men søknad bør innehalde ei utgreiing om noverande hjelpebehov og ei grunngjeving for dette.

Hjelpebehov:	Grunngjeving:
Andre opplysningar til søknaden:	
Søknad fylt ut i samarbeid med (Fullt namn på helsepersonell med blokkbokstavar):	Kontaktinformasjon/telefon til den som har fylt ut søknad:

Tenestetilbod i kommunen heimla i Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m.(du skal ikkje setja kryss)

Heimehjelp/praktisk bistand Heimesjukepleie Psykiatrisk sjukepleie Dagtilbod Matombringning Tryggleiksalarm Omsorgsløn	Rehabilitering Avlasting Korttids - eller langtidsopphald i institusjon Støttekontakt Brukarstyrt assistanse (BPA) Omsorgsbustad med eller utan heildøgns omsorgsteneste
--	---

Opplysningar om kontaktperson (pårørande, hjelpeverje) (jfr. Pasientrettighetslova § 1-3)

Hovudkontakt Namn:	Eventuell anna kontaktperson Namn:
Adresse:	Adresse:
Post nr /-stad:	Post nr /-stad:
Telefonnr:	Telefonnr:
Tilknytning til pasient:	Tilknytning til pasient:

Hjelpemiddel:

Brukar du hjelpemiddel? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje <input type="checkbox"/>	Er det søkt om nye hjelpemiddel? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Veit ikkje <input type="checkbox"/>
Dersom Ja – kva hjelpemiddel?	Dersom Ja – kva hjelpemiddel?

Opplysningar til søkjar:

Søknad skal sendast til den kommunen du bur i, eller midlertidig oppheld deg i. Kommunen skal handsama søknaden fortløpande, og gi tilbakemelding utan ugrunna opphald. Handsamingstid skal ikkje overgå 1 mnd frå motteken søknad. (Jfr Forvaltningslova § 11a .)

Dersom du har behov for langvarige og koordinerte tenester har du rett til å få utarbeidd individuell plan. Helsepersonell kan gje deg meir informasjon om dette.

Søknaden om kommunale tenester blir registrert i kommunen sitt data system. Søkjar kan krevje innsyn i kva informasjon som er registrert. (Pasient har rett til innsyn i alle dokument i saka etter Forvaltningslova § 18, første ledd.)

Di underskrift på søknadsskjemaet gjev helse og omsorg samtykke til å innhente naudsynt og relevant informasjon frå andre, for å kunne handsame søknaden. Det kan vere opplysningar om helseforhold og hjelpebehov gjeve av fastlege, sjukehus, pårørande eller tilsette i kommunen,- samt økonomiske forhold i samband med eigenbetaling for heimehjelp, tryggleiksalarm og langtids plass i institusjon.

Signatur pasient:	Stad og dato:
Signatur pårørande/verje dersom pasient ikkje kan signere:	Stad og dato:
Er pasientens samtykkekompetanse vurdert?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Dersom pasienten ikkje har samtykkekompetanse, har pasientens næraste pårørande rett til å medvirke saman med pasienten.	
Vurdert av (signatur):	