

## SØKNAD OM TENESTER FRÅ HELSE- OG SOSIALSEKTOREN

Namn:		Fødselsnr:	
Adresse:		Sivilstand	<input type="checkbox"/> Gift
			<input type="checkbox"/> Sambuar
Tlf. privat/mob			<input type="checkbox"/> Enke / enkemann
Tlf. arbeid:			<input type="checkbox"/> Ugift
<input type="checkbox"/> Skilt / separert			
<b>Samtykke til å innhente opplysningar:</b> Eg eller den som opptrer på mine vegner, samtykkjer i at Ål kommune, helse- og sosialsektoren, i den grad det er nødvendig, innhentar opplysningar som er nødvendige for å ta stilling til min søknad, feks lege, sjukehus, fysioterapeut o.l. jf Pasientrettighetslova § 4-1.			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
<b>Hovudpårørande</b>		<b>Pårørande</b>	
Namn:		Namn:	
Adresse:		Adresse:	
Tlf. privat/mob:		Tlf. privat/mob:	
Tlf. arbeid:		Tlf. arbeid:	
Slektskap/tilknytning:		Slektskap/tilknytning:	
<b>Verje / hjelpeverje:</b>		<b>Økonomisk ansvarleg:</b>	
Adresse:		Adresse:	
Tlf. privat/mob:	Tlf. arbeid:	Tlf. privat/mob:	Tlf. arbeid:

## SØKNAD OM TENESTER

**Praktisk bistand**

- Daglege gjeremål/heimehjelp
- Opplæring/burettleiing
- Brukarstyrt personleg assistent
- Dagsenter hukommelsessvikt – avd. Stugu
- Dagsenter ergoterapi
- Matombringing
- Tryggingsalarm
- Heimevaktmeister

- Avlasting i institusjon
- Avlasting utanfor institusjon
- Institusjon/bustad m. heildøgns omsorgsteneste

- Omsorgsbustad
- Støttekontakt
- Transportteneste for funksjonshemma (TF) (eige søknadsskjema)
- Transportteneste ved dagopphald
- Omsorgsløn

**Pleie og omsorg utanfor institusjon**

- Heimesjukepleie
- Tenester frå psykisk helse
- Rehabilitering Fysioterapi
- Rehabilitering Ergoterapi

**Tidsavgrensa opphold i institusjon**

- Utgreiing/ behandling
- Rehabilitering
- Anna

 **Langtidsopphold i institusjon** **Individuell plan****Har desse tenestene frå før:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mottatt dato: \_\_\_\_\_

Nr: \_\_\_\_\_

Saksbeh.: \_\_\_\_\_

ÅL KOMMUNE

**SØKNAD OM TENESTER FRÅ HELSE- OG SOSIALSEKTOREN**

Grunngjeving av behov / ønske om teneste(r):

---

---

---

---

---

Buforhold:

---

Familie- og sosiale forhold:

---

---

Andre opplysningar:

---

---

Primærlege / fastlege: \_\_\_\_\_

Evt. vedlegg:

---

Fullmakt til å opptre på vegne av:

Eg \_\_\_\_\_ fødd \_\_\_\_\_ gir med dette \_\_\_\_\_ fødd \_\_\_\_\_  
(søkjar) (pårørande / føresette)

fullmakt til å opptre på mine vegner i saker som gjeld tenester frå helse- og sosialsektoren i Ål kommune, jf Forvaltningslova § 12.

\_\_\_\_\_  
(underskrift av søkjar)

Dato: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Underskrift av søkjar eller den som opptre på vegner av søkjar\_\_\_\_\_  
Underskrift av den som hjelper til med å fylle ut skjemaetSend søknaden til: **Ål kommune**  
**Helse- og sosialsektoren**  
**3570 ÅL**