

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
Samtykke til å innhente opplysningar: Eg eller den som opptre 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
Hovudpårørande		Pårørande	
Namn:		Namn:	
Adresse:		Adresse:	
Tlf. privat/mob:		Tlf. privat/mob:	
Tlf. arbeid:		Tlf. arbeid:	
Slektskap/tilknytning:		Slektskap/tilknytning:	
Verje / hjelpeverje:		Økonomisk ansvarleg:	
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