**Melding om behov for tenester frå helse og omsorg – Ål kommune**

**Unnt.offh. Offh.l.§13**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personlege opplysningar søkjar:** | **Kontaktperson for pårørande:** |
| **Namn:** | **Namn:**  |
| **Fødselsnr:** | **Adresse:** |
| **Adresse:** | **Postnr. + stad:** |
| **Postnr. + stad:** | **Tlf/mobil- privat:** |
| **Tlf. privat/mob.:** | **Slektskap/Tilknyting:** |
| **Sivilstand:** | **Verge:** |
| **Fastlege:** | Namn: |
| **Eg har fått hjelp til å fylle ut søknaden av:** | Adresse: |
| Namn: | Tlf/mob-priv.:  |
| Adresse: |  |
| Tilknytning/stilling: |
| **Bakgrunn for meldinga (Funksjonstap, hjelpebehov)** |
| **(Fortset om nødvendig på eige ark.)** |  |

**Godkjenning av søknaden og samtykke til å innhente opplysningar**

Eg, eller den som opptrer på mine vegne, samtykker i at helse- og sosialsektoren i Ål kommune kan innhente nødvendige opplysningar frå andre offentleg organ (som f. eks lege sjukehus, fysioterapeut) for å ta stilling til søknaden, og at gitte eller innhenta opplysningar kan formidlas vidare til nødvendige samarbeidspartar. jr Pasientrettighetslova §4-1.

**Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift av søkjar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Underskrift av søkjar eller den som opptrer på vegne av søkjar

 (evt. fullmektig/ verge)

**Fullmakt til å opptre på vegne av søkjar:**

Eg\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

gir med dette: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 slektsskap/tilknyting

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

 **Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift av søkjar :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Send meldinga til: Ål kommune, Omsorgskontoret, 3570 Ål**

**Melding om behov for helse- og omsorgstenester**

Dette skjema er meint som ei melding til kommunen første gong du treng hjelp som

Følgje av funksjonstap

Innan ei veke etter at meldinga er registreret på omsorgskontoret vert du kontakta av ein

fagperson som gjer avtale om heimebesøk. Fagpersonen gir deg informasjon og råd om kva

for tenester kommunen kan tilby og hjelper deg med å fylle ut ein søknad. Tenestene skal

leggjast til rette i samråd med deg.

Tildelingsteamet har møte kvar torsdag og tildeler tenester tilpassa ditt hjelpebehov.

Det kan vere:

***praktisk bistand og opplæring i heimen, dagtilbod, avlasting for pårørande, matombringing, støttekontakt, omsorgsstønad, omsorgsbustad, utgreiings- og rehabiliteringsopphald i institusjon, langstidsplass i institusjon, heimesjukepleie, heimehjelp, psykisk helseteneste,***

***demensutgreiing-/omsorg, habilitering og rehabilitering, individuell plan, trening/fysisk aktivitet, fysioterapi, ergoterapi, hjelpemiddelformidling, tilrettelegging av bustad, tryggingsalarm, TT-kort m.m.***

Ynskjer du informasjon om dei ulike tilboda i helse- og omsorgssektoren, ta kontakt med

servicetorget, 3208 5000, som også formidlar kontakt til den enkelte avdeling.

Det ligg også informasjon på kommunen sine nettsider [www.aal.kommune.no](http://www.aal.kommune.no)

**Telefon nr. til kommunen:**

**Servicetorget 320 85 000**

**Omsorgskontoret 320 85 273**