

SØKNAD OM PLEIE- OG OMSORGSTENESTER

Namn: _____ Personnr (11 siffer): _____

Adresse: _____

Tlf.nr: _____ Mobilnr.: _____ Epost: _____

Sivilstand:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ugift | <input type="checkbox"/> Gift,sambuar,registrert partner |
| <input type="checkbox"/> Enke/enkemann,gjennlevande partner/sambuar | <input type="checkbox"/> Skilt/separert,inkludert sambuar-/partnerskap |

Næraste pårørande: _____

Tilknytning: _____ Tlf nr: _____

Fastlege / evt anna lege: _____

Søknaden gjeld følgjande tenester: (kryss av)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avlastningsopphald | <input type="checkbox"/> Langtidsopphald | <input type="checkbox"/> Psykiatrisk heimesjukepleie |
| <input type="checkbox"/> Avlastning utanfor institusjon | <input type="checkbox"/> Middagsombringning | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsopphald |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbod | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad | <input type="checkbox"/> Støttekontakt |
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie | <input type="checkbox"/> Omsorgsløn | <input type="checkbox"/> Trygdebustad |
| <input type="checkbox"/> Korttidsopphald | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/opplæring
(heimehjelp , husmorvikar) | <input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm |

Grunngeving for søknaden: (ved behov legg ved eige ark)**Underskrift søknad:**

Stad og dato: _____ Underskrift: _____

FULLMAKT

Eg gjev med dette pleie og omsorgstenesta fullmakt til å henta inn dei opplysningane om meg frå liknings- og trygdekontor, lækjar og andre som er naudsynt for å vurdere / handsama søknaden.

Stad og dato: _____ Underskrift: _____