

**Innledning**

Jeg

- ☐ søker om tjenester til meg selv
- ☐ søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for
- ☐ er en pårørende som søker om avlastning, omsorgsstønad eller informasjon og veiledning

Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden?

☐ Ja ☐ Nei

Hvem har hjulpet deg?

Fornavn

Etternavn

**Søker**

Søker

Fødselsnummer

For- og mellomnavn

Etternavn

Adresse

Postnr

Poststed

Telefon

Sivilstatus

Ønsker du at nærmeste pårørende skal ha kopi av brev som kommunen sender deg?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

Nærmeste pårørende

Fødselsnummer

For- og mellomnavn

|                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etternavn                                                                                                                                                                                                                          |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                            |
| Postnr                                                                                                                                                                                                                             |
| Poststed                                                                                                                                                                                                                           |
| Telefon                                                                                                                                                                                                                            |
| Relasjon / slektsforhold                                                                                                                                                                                                           |
| Reserverer parten seg mot at andre får innsyn i dokumentasjonen?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                       |
| Hvem omfattes av reservasjonen?                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Behov</b>                                                                                                                                                                                                                       |
| Hva er ditt behov?<br><input type="checkbox"/> Tjenester i/utenfor hjemmet<br><input type="checkbox"/> Heldøgns botilbud - boliger og institusjon<br><input type="checkbox"/> Avlastning/støtte<br><input type="checkbox"/> Annet: |
| <b>Funksjonsevne</b>                                                                                                                                                                                                               |
| Hva trenger du hjelp til? (Svar utfyllende)                                                                                                                                                                                        |
| Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                           |
| Beskriv diagnose/helsetilstand (Svar utfyllende)                                                                                                                                                                                   |
| Har du hjelpemidler eller tiltak i dag?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                                                |
| Hvilke?                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Andre opplysninger</b>                                                                                                                                                                                                          |
| Boforhold<br><input type="checkbox"/> Bor alene<br><input type="checkbox"/> Bor sammen med andre                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hvem bor du sammen med?                                                                                                                                                                          |
| Boligtype<br><input type="checkbox"/> Enebolig<br><input type="checkbox"/> Trygde-/servicebolig<br><input type="checkbox"/> Leilighet boligbyggelag<br><input type="checkbox"/> Annen leid bolig |
| Antall rom                                                                                                                                                                                       |
| Har du omsorg for barn under 18 år?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                  |
| Fastlege                                                                                                                                                                                         |
| Navn                                                                                                                                                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Telefon                                                                                                                                                                                                                   |
| Hvordan er din bolig tilrettelagt?<br><input type="checkbox"/> Alt på en flate<br><input type="checkbox"/> Dørterskler<br><input type="checkbox"/> Trapper inne<br><input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus |
| Heis installert<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                                                               |
| Er andre i familien brukere av omsorgstjenester?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                              |
| Erklæring og vedlegg                                                                                                                                                                                                      |
| Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger fra annet helsepersonell, helseforetak, NAV og ligningskontor hvis det er nødvendig for behandling av min søknad<br><input type="checkbox"/> Ja              |
| Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling<br><input type="checkbox"/> Ja                                                  |
| Signatur                                                                                                                                                                                                                  |
| <div>_____</div> <div>Navn</div> <div>_____</div> <div>Dato</div>                                                                                                                                                         |