

SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Navn:	F.nr. (11 siffer):
Adresse:	
Postnr./sted:	Telefonnr:
Sivilstand:	E-post:
Fastlege:	

Nærmeste pårørende/hjelpeverge:		
Adresse:	Relasjon til søker:	
Postnr./sted:	Tlf.priv.:	Tlf.arb.:

DET SØKES OM FØLGENDE TJENESTER:

Del 1:

<p>Helsetjenester i hjemmet:</p> <p><input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie</p>	<p>Dagtilbud:</p> <p><input type="checkbox"/> Dagsenter Sandetun (for personer med demenssykdom)</p> <p><input type="checkbox"/> Dagsenter Psykisk helse</p> <p><input type="checkbox"/> Dagsenter for funksjonshemmede (søknadsfrist 15 mars)</p>
<p>Personlig assistanse:</p> <p><input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hjemmehjelp).</p> <p><input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring i dagliglivets gjøremål.</p> <p><input type="checkbox"/> Bistand til fritidsaktiviteter (individuelt tilrettelagt tilbud i samarbeid med en frivillig organisasjon - fritid med bistand, deltakelse i aktivitetsgruppe, støttekontakt).</p>	<p><input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste.</p> <p><input type="checkbox"/> Omsorgslønn(bekreftelse på hjelpestønad fra NAV må legges ved).</p> <p><input type="checkbox"/> Trygghetsalarm.</p>
<p>Plass i institusjon, Sandetun:</p> <p><input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon.</p> <p><input type="checkbox"/> Tidsbegrenset opphold i institusjon (rehabilitering, utredning eller annen hjelp som ikke kan gis i eget hjem).</p>	<p><input type="checkbox"/> Matombringing.</p> <p><input type="checkbox"/> Ledsagerbevis(passfoto må legges ved).</p>
<p>Avlastningstiltak:</p> <p><input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon</p> <p><input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon (Bolig og fritid, Prestegårdsalleen)</p> <p><input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon (Sandetun sykehjem)</p>	<p>Bolig:</p> <p><input type="checkbox"/> Bolig Sandetun.</p> <p><input type="checkbox"/> Omsorgsbolig Bolig og fritid, Prestegårdsalleen.</p>

Del 2:

Økonomiopplysninger (se informasjon om egenbetaling til søknad)

Postadresse: Postboks 300, 3071 Sande
Besøksadresse: Prestegårdsalleen 35, 3070 Sande
E-post: postmottak@sande-ve.kommune.no
Internett: www.sande-ve.kommune.no
Org.nr: 938971471

Telefon: 33 78 70 00
Telefax: 33 78 70 01

Giro bank: 2525.30.53553



Del 3:

Bakgrunn for søknad, beskrivelse av hjelpebehov (Helseopplysninger fra lege / spesialisthelsetjenesten kan legges ved søknaden):

Del 4:

Samtykke til å innhente relevante opplysninger for vurdering av min søknad

Jeg samtykker i at relevant informasjon kan innhentes fra følgende instanser/personer

- Nærmeste pårørende (Navn):.....
- Fastlege (Navn):.....
- Tidligere/ andre helse- og omsorgstjenester i Sande kommune
- Helsestasjon- og skolehelsetjeneste
- Barnevern
- Barnehage/skole/PPT
- NAV
- Spesialisthelsetjeneste, spesifiser:.....

Underskrift

Dato:.....

Søkers underskrift:.....