



EGENSØKNAD

Unntatt offentlighet
off.l. § 13, fv. § 13

Det søkes om	
<input type="checkbox"/> Helsehjelp i hjemmet (<i>hjemmesykepleie</i>) <input type="checkbox"/> Praktisk bistand til daglige gjøremål (<i>hjemmehjelp</i>) <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (<i>opplæring, miljøarb.tjenester</i>) <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent <input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Trygghetslarm <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig (<i>omsorgsbolig</i>) <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig (<i>trygdebolig</i>)	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleie <input type="checkbox"/> Ergoterapi <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Annet: Tidsbegrenset opphold institusjon: <input type="checkbox"/> - rehabilitering <input type="checkbox"/> - avlastning <input type="checkbox"/> - korttidsplass
Mottar du andre tjenester fra kommunen ? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Mottar du privat, ikke betalt hjelp? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> (Fra familie/venner eller andre til nødvendige gjøremål i dagliglivet)	
Opplysninger om søker	
Navn	Fødselsnr. (11 siffer) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Adresse	Telefon
Postnr.	Poststed
Sivilstand <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift / reg. partner <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Separert / skilt <input type="checkbox"/> Enke /-mann	
Nærmeste pårørende/kontaktperson/hjelpeverge/fullmektig	
Navn	Slektsforhold
Adresse	Telefon
Postnr.	Poststed
	Personnr. Ektefelle/samboer
Nåværende husstand / boligtype	
<input type="checkbox"/> Vanlig bolig <input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Kommunal bolig <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Trygdeleilighet <input type="checkbox"/> Annet:.....	
Husstand: 1. Bor alene <input type="checkbox"/> 2. Bor sammen med andre <input type="checkbox"/>	
Er boligen tilrettelagt dine individuelle behov?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

Begrunnelse for søknaden / tilleggsopplysninger

Utfyllende opplysninger om helse / diagnose / behov for hjelp (om nødvendig på eget ark) :

Søkers fastlege

Navn

Telefon

Siste time hos lege:

Siste time hos tannlege:

Søkers underskrift:

Jeg gir med dette Flesberg kommune fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for søknaden. Søknaden vil bli vurdert av Flesberg kommunes inntaksteam.

Sted og dato:

Søkers underskrift:.

Søknaden sendes:
Flesberg kommune, Flesbergtunet bo- og servicesenter, 3623 Lampeland