



## Austevoll kommune

### Søknadsskjema

### Helse- og omsorgstenester

Unntatt offentlig innsyn jf. Off. lova § 13, fj hol. § 12-1

Namn (fornamn og etternamn):	Personnummer (11 siffer):
Adresse:	Postnummer og –stad:
Tlf.nr/mob.nr:	E-postadresse:
Bustadkommune:	Språk:
Eg bur åleine <input type="checkbox"/>	Eg bur saman med andre <input type="checkbox"/>
Eg bur heime hjå foreldre <input type="checkbox"/>	Har du omsorg for barn under 18 år? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

#### Næraste pårørnde

Namn:	Relasjon til søker:
Adresse:	Postnummer og –stad:
E-postadresse:	Tlf.nr/mob.nr:

Eg samtykker til at informasjon om min helsetilstand og den helsehjelpa som vert ytt, vert gjeve til min næraste pårørnde: Ja  Nei

Helse- og omsorgstenesta må vite kven dei skal forhalde seg til dersom du skulle bli ute av stand til å ivareta dine interesser (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3).

#### Andre kontaktpersonar

Fastlege (namn):	Tlf.nr:
Verje (namn):	Tlf.nr:
Andre (namn – relasjon):	Tlf.nr:

**Oppgje årsak til søknad** (har du uttale frå lege eller anna fagperson som kan gje opplysningar til søknaden, bør du leggje det ved):



## Austevoll kommune

### TENESTETYPEN

Kryss av for kva teneste du søker om

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie                              | <input type="checkbox"/> Pårørandestøtte:                 |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/heimhjelp                   | <input type="checkbox"/> Opplæring og rettleiing          |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring                | <input type="checkbox"/> Avlasting                        |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbod for demente                        | <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad                    |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbod for personar med utviklingshemming | <input type="checkbox"/> Langtidsopphald                  |
| <input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm                              | <input type="checkbox"/> Korttidsopphald                  |
| <input type="checkbox"/> Matombrining                                 | <input type="checkbox"/> Rehabiliteringsopphald           |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt/fritidskontakt                 | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad                    |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan/ koordinator                | <input type="checkbox"/> Brukarstyrt personleg assistanse |
|   | <input type="checkbox"/> Anna:                            |

Har du motteke helse- og omsorgstenester tidlegare?

Ja  Nei  Dersom ja, kva:

Mottek du, eller har du søkt om hjelpestønad frå NAV?

Ja

Nei

Dersom ja: Sats 1  Sats 2  Sats 3  Sats 4

Behov for tolk: Ja  Nei

Behov for døvetolk: Ja  Nei

### Når du skriv under samtykker du til at Austevoll kommune:

- Behandlar personopplysningane elektronisk
- Kan innhente eller utlevere opplysningar frå samarbeidande personell som er nødvendige for å behandle søknaden. Samarbeidande personell kan til dømes vere lege, spesialisthelsetenesta, NAV, næraste pårørande og andre instansar i kommunen
- Kan innhente inntektsopplysningar for dei tenestene vi krev eigenbetaling for

Dersom det er instansar som du ikkje gjev samtykke til å samarbeide med, skriv dei opp her:

Samtykket gjeld fram til saka er avslutta om ikkje anna er avtalt. Du kan når som helst, heilt eller delvis, trekke samtykket. **Saksbehandlar har teieplikt.**

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_  
søkar/verje/føresette

### Send søknad til:

Austevoll kommune, Helseservicekontoret, Birkelandsvegen 2, 5392 Storebø