

Søknad om helse – og omsorgstjenester

OM SØKNADEN		
Søker		
<input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til meg selv	<input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for	<input type="checkbox"/> Jeg er en pårørende som søker om avlastning, omsorgsstønning eller informasjon og veiledning
Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja – av hvem:		

PERSONOPPLYSNINGER	
Søker	
Personnummer (11 siffer)	Navn
Adresse	Postnummer/sted
Sivilstatus	Telefonnummer
Kontaktinformasjon til nærmeste pårørende	
Navn	
Adresse	Postnummer/sted
Relasjon/slektsforhold	Telefonnummer
Ønsker du at nærmeste pårørende skal ha kopi av brev som kommunen sender til deg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja – oppgi personnummer (11 siffer) på vedkommende for elektronisk forsendelse av vedtak: Det er viktig at begge parter er informert og har gitt samtykke til mottak av kopi	
BEHOV	
Opplysninger om behov - Hva er ditt behov?	
<input type="checkbox"/> Tjenester i/utenfor hjemmet <ul style="list-style-type: none">• Hjemmesykepleie (kreft, demens, rehabilitering osv)• Støtte/oppfølging psykisk helse/rus• Praktisk bistand (hjemmehjelp)• Støttekontakt• Trygghetstjenester• Dagaktivitetstilbud (yngre/eldre)	<input type="checkbox"/> Heldøgns botilbud – boliger og institusjon <ul style="list-style-type: none">• Korttidsopphold (lindrende, rehabilitering, medisinsk oppfølging, avlastning)• Langtidstilbud• Bofellesskap for personer med utviklingshemming• Bofellesskap for personer med psykiske lidelser• Boliger for eldre med omfattende omsorgsbehov• Langtidstilbud i institusjon

<input type="checkbox"/> Avlastning/støtte <ul style="list-style-type: none"> • Veiledning/opplæring til pårørende • Avlastning i/utenfor hjemmet • Omsorgstønad 	<input type="checkbox"/> Annet
Hva trenger du hjelp til?	
FUNKSJONSEVNE	
Beskrivelse av funksjonsevne	
Beskrivelse av funksjonsevne – med nedsatt funksjonsevne menes sykdom eller redusert helsetilstand	
Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Beskriv diagnose/helsetilstand – sykdommer og/eller nedsatt helsetilstand (fysisk og psykisk)	
Har du hjelpemidler eller hjelpetiltak i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Eksempel på hjelpemiddel/hjelpetiltak kan være: <ul style="list-style-type: none"> • Privat hjelp til husarbeid, personlig stell ol? • Rullator / prekestol • Rullestol • Dostol • Trygghetstiltak som trygghetsalarm – GPS • Trappeheis / inngangsrampe etc. 	
Hvis ja, hvilke:	
Andre opplysninger	
Boforhold <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre	
Hvem bor du sammen med?	
Har du omsorg for barn under 18 år? JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>	
Fastlegen navn	Telefonnummer
Hvordan er din bolig tilrettelagt? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alt på «ei flate» <input type="checkbox"/> Dørterskler <input type="checkbox"/> Trapper inne <input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus 	

Erklæring og vedlegg
Informasjon og samtykke
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.
Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling
I følge pasientjournalforskriften skal det opprettes journal for hver pasient. I Gjøvik kommune har vi elektronisk pasientjournal (EPJ)
Det er betaling av egenandel ved tjenestene praktisk bistand / opplæring, BPA, matombringing, trygghetsalarm, dagaktivitetstilbud og opphold i institusjon (unntatt avlastning)
Tildeling vil avgjøre om du har rett til å motta helse- og omsorgstjenester. Du vil bli kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk/møte.
Søknaden vil bli behandlet konfidensielt

Søknaden må være fullstendig utfylt og undertegnet.

Sted _____ Dato _____

Søkers underskrift

Underskrift av den som har bistått med utfylling av søknad

Søknaden sendes til:

Gjøvik kommune
Helse og omsorg – Tildeling og koordinering
Postboks 630
2810 GJØVIK

Tlf. 61 18 97 77

BENYTT DENNE SIDEN HVIS DET IKKE ER NOK Plass I SØKNADSSKJEMAET