

# Søknad om helse – og omsorgstjenester

## OM SØKNADEN

### Søker

Jeg søker om tjenester til meg selv

Jeg søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for

Jeg er en pårørende som søker om avlastning, omsorgsstønning eller informasjon og veiledning

Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden?

Ja  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?

Ja  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?

Tjenester i/utenfor hjemmet

- Hjemmesykepleie (kreft, demens, rehabilitering osv)
- Støtte/oppfølging psykisk helse/rus
- Praktisk bistand (hjemmehjelp)
- Støttekontakt
- Trygghetstjenester
- Dagaktivitetstilbud (yngre/eldre)

Heldøgns botilbud – boliger og institusjon

- 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"> <li>• Veiledning/opplæring til pårørende</li> <li>• Avlastning i/utenfor hjemmet</li> <li>• Omsorgstønad</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Annet
Annet behov må beskrives:	
<b>FUNKSJONSEVNE</b>	
<b>Beskrivelse av funksjonsevne</b>	
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"> <li>• Privat hjelp til husarbeid, personlig stell ol?</li> <li>• Rullator / prekestol</li> <li>• Rullestol</li> <li>• Dostol</li> <li>• Trygghetstiltak som trygghetsalarm – GPS</li> <li>• Trappeheis / inngangsrampe etc.</li> </ul>	
Hvis ja, hvilke:	
<b>Andre opplysninger</b>	
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"> <li><input type="checkbox"/> Alt på «ei flate»</li> <li><input type="checkbox"/> Dørterskler</li> <li><input type="checkbox"/> Trapper inne</li> <li><input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus</li> </ul>	

**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**