

# Pleie- og omsorgstjenester - Søknad om (KF 170-3443)

VESTRE TOTEN KOMMUNE



## Innledning

Jeg

- søker om tjenester til meg selv  
 søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for  
 er en pårørende som søker om avlastning, omsorgstønad eller informasjon og veiledning

Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden?

- Ja  Nei

Hvem har hjulpet deg?

Fornavn

Etternavn

## Søker

Søker

Fødselsnummer

For- og mellomnavn

Etternavn

Adresse

Postnr

Poststed

Telefon

Sivilstatus

Ønsker du at nærmeste pårørende skal ha kopi av brev som kommunen sender deg?

- Ja  
 Nei

Nærmeste pårørende

Fødselsnummer

For- og mellomnavn

Etternavn
Adresse
Postnr
Poststed
Telefon
Relasjon / slektsforhold
Reserverer parten seg mot at andre får innsyn i dokumentasjonen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvem omfattes av reservasjonen?
<b>Behov</b>
Hva er ditt behov? <input type="checkbox"/> Tjenester i/utenfor hjemmet <input type="checkbox"/> Heldøgns botilbud - boliger og institusjon <input type="checkbox"/> Avlastning/støtte <input type="checkbox"/> Annet:
<b>Funksjonsevne</b>
Hva trenger du hjelp til? (Svar utfyllende)
Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Beskriv diagnose/helsetilstand (Svar utfyllende)
Har du hjelpemidler eller tiltak i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvilke?
<b>Andre opplysninger</b>
Boforhold <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre

Hvem bor du sammen med?
Boligtype <input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Trygde-/servicebolig <input type="checkbox"/> Leilighet boligbyggelag <input type="checkbox"/> Annen leid bolig
Antall rom
Har du omsorg for barn under 18 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Fastlege</b>
Navn

Telefon
Hvordan er din bolig tilrettelagt? <input type="checkbox"/> Alt på en flate <input type="checkbox"/> Dørterskler <input type="checkbox"/> Trapper inne <input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus
Heis installert <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er andre i familien brukere av omsorgstjenester? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
<b>Erklæring og vedlegg</b>
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 <input type="checkbox"/> Ja
Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling <input type="checkbox"/> Ja
Signatur
_____
Navn
_____
Dato