

**SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTENESTER**

Fødselsnummer	Namn (etternamn, førenamn)	Tlf.:
Adresse	Postnr. og stad	
Ev. opphaldsadresse og poststad:		Tlf.:
Næraste pårørande:	Slektskap:	Tlf.:

Kva kommunale tenester søker du?			
Set kryss ved den/dei tenestene du ønskjer:			
<input type="checkbox"/>	Institusjonsplass, langtid	<input type="checkbox"/>	Miljøarbeid
<input type="checkbox"/>	Institusjonsplass, korttid/rehabilitering	<input type="checkbox"/>	Tryggingsalarm
<input type="checkbox"/>	Avlastingstiltak	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbustad
<input type="checkbox"/>	Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	Hjelpemiddel
<input type="checkbox"/>	Heimesjukepleie	<input type="checkbox"/>	Middagsombringning
<input type="checkbox"/>	Omsorgsløn	<input type="checkbox"/>	Psykiatrisk teneste
<input type="checkbox"/>	Praktisk bistand	<input type="checkbox"/>	Vask av eige tøy
<input type="checkbox"/>	Dagsenter ved Eiklund	<input type="checkbox"/>	Personleg assistent (BPA)
<input type="checkbox"/>	Anna	<input type="checkbox"/>	

Kvifor ønskjer du desse tenestene?
Skriv kort om kva vanskar og/eller lidingar du har. Kva har du hjelp med i dag? Kvifor er tiltaka viktige for deg? Kva vil du oppnå?

Informasjon til kommunen
Oppgje her informasjon til kommunen som du meiner er viktig, men som vi ikkje har spurt om. Dersom søker sjølv ikkje skriv under skal dette grunngevast.
Stad, dato og underskrift

SAMTYKKJEERKLÆRING

Eg har sett meg inn i orienteringa på side 2 og er innforstått med at kommunen vil føreta ei tverrfagleg saksutgreiing. Eg samtykkjer difor at opplysningar som fagpersonar sit inne med som kan ha relevans for saka, kan bli nytta i ei tverrfagleg vurdering av søknaden.

Stad, dato og underskrift

Eg gir samtykke til at kommunen hentar inn opplysningar om inntektstilhøva mine frå likningskontor og NAV.

Stad, dato og underskrift

ORIENTERING TIL SØKJAREN

Søkjaren fyller ut søknaden. Pårørande eller andre kan hjelpe til med å fylle ut søknaden. Alle opplysningar vert handsama konfidensielt.

OM DEI ENKELTE FELTA

Oppheld søkjaren seg på anna adresse enn heimstadsadressa si, skal opphaldsadressa skrivast her.

1) Når søkjaren fører opp pårørande, veit sakshandsamar kven ein kan vende seg til dersom det er trong for det.

2) Kryss av for dei tenestene det vert søkt om. Dersom du har andre ønskjer, før dette på felt 4.

3) Grunngje kvifor du ønskjer denne/desse tenesta(ene). Skriv gjerne på eige ark dersom det ikkje er nok plass her.

4) Skriv kort om: Kva vanskar har du?
Korleis løyser du desse vanskane i dag?

Kva hjelp mottok du frå familie og/eller andre?
Kva ventar du å oppnå dersom du får tildelt tiltaket/tiltaka?

Du har plikt til å gje korrekte opplysningar slik at tenestetilbodet kan bli så godt tilpassa ditt behov som mulig.

SAKSGANG

Sjukepleiar, psykiatrisk sjukepleiar eller anna helsepersonell vil ta kontakt for å avtale heimebesøk. Dei vil rådføre seg med deg og stille spørsmål om kva hjelp du treng, helsetilstanden din, kor praktisk bustaden din er og korleis du trivast. Dei vil òg orientere deg om dei kommunale tenestene og hjelpetiltaka. Du kan ha andre personar til stades ved eit slikt besøk, dersom du ønskjer det. Saman med helsepersonellet drøftar de kva som tener deg best. Etter heimebesøket vert det utarbeidd ei fagleg vurdering som vert gitt til inntaksnemnda i kommunen.

Søknaden din og den faglege vurderinga vert handsama av inntaksteamet. Når vedtak er fatta vil du bli orientert skriftleg.

Inntaksnemnda er sett saman slik: Omsorgsleiar, tilsynslege og avdelingsleiarar.

Adressa til inntaksnemnda: Hyllestad kommune
Helse- og omsorgstenestene v/inntaksnemnda
Hyllestad omsorgssenter Eiklund

6958 Sørbovåg

Tlf.: 57 78 96 00

Fax: 57 78 96 01