



SKJERVØY KOMMUNE

HELSE- OG SOSIAL

**SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE – OG
OMSORGSTJENESTER**Unntatt fra offentlighet
Off.loven § 5a, jfr. Fvl. § 13.1**SØKNADEN SENDES TIL: Helsesenteret, Sandvågshaugan 1, 9180 Skjervøy**

SØKER (bruker som har behov for hjelpetilbud)	
Navn:	Fødselsnummer:
Adresse:	Postnr./ sted:
Telefon/ mobil:	
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Enke/- mann <input type="checkbox"/> Reg. partner	
Bosituasjon: <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre Tilrettelagt bolig? Ja <input type="checkbox"/> /nei <input type="checkbox"/>	
FORESATTE/ PÅRØRENDE	
Navn:	Slektsforhold:
Adresse:	Postnr./ sted:
Telefon/ mobil:	
HJELPEVERGE	
Navn:	Slektsforhold:
Adresse:	Postnr./ sted:
Telefon/ mobil:	
NAVN PÅ FASTLEGE	
Navn:	
FORELIGGER DET INDIVIDUELL PLAN	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
SØKNAD OM TJENESTER (Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester)	
<input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Praktisk bistand i hjemmet/hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Nøkkelboks <input type="checkbox"/> Kjøp av middag, <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> tirs <input type="checkbox"/> ons <input type="checkbox"/> tors <input type="checkbox"/> fred <input type="checkbox"/> lør <input type="checkbox"/> søn <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Kortidsopphold i institusjon <input type="checkbox"/> Psykisk helsehjelp	<input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent <input type="checkbox"/> Omsorgsboliger/boliger med heldøgns omsorg <input type="checkbox"/> Andre boliger tilrettelagt for eldre/funksjonshemmede <input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Dagsenter for demente

Postadresse:
Sandvågshaugan 1
9180 SKJERVØYTelefon: 77 77 57 40
Telefaks: 77 77 57 31

Bankgiro: 4740 05 04578

Org.nr: 974 792 931



SKJERVØY KOMMUNE

HELSE- OG SOSIAL

SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE – OG OMSORGSTJENESTER

Unntatt fra offentlighet
Off.loven § 5a, jfr. Fvl. § 13.1

BESKRIV BEHOVET FOR BISTAND, ÅRSAKEN TIL DETTE/EVT. DIAGNOSE:	
LEGEERKLÆRING/DOKUMENTER:	
Legeerklæring vedlegges søknad om sykehjemsplass, avlastning og boliger	
Andre tjenester: kan kreve legeerklæring ved behov	
MOTTAR SØKER ANDRE KOMMUNALE TJENESTER (oppgi hvilke og omfang)	
SAMTYKKEERKLÆRING TIL INNHENTING AV OPPLYSNINGER:	
<p>Jeg samtykker med dette at Skjervøy kommune har fullmakt til å innhente de opplysninger som ansees relevante for behandling av søknaden. Samtykke gjelder for følgende instanser: Fastlege, sykehus, sosialtjenesten, NAV, skatteetaten, hjemmetjenesten. Jeg bekrefter at dette samtykke gis frivillig og at den når som helst kan trekkes tilbake. Du kan reservere deg, skriv her de instanser reservasjonen gjelder for:</p>	
<ul style="list-style-type: none">•• Jeg er kjent med at kommunen kan treffe vedtak om betaling for visse type tjenester jf. vederlagsforskriften § 2, og at jeg skal motta en skriftlig underretning om slikt vedtak• Jeg gir tillatelse til at opplysninger i denne søknaden registreres i Iplos(sentralt register)	
_____	_____
Sted/ dato	Underskrift søker/ foresatt/ verge

Dersom søknaden er fylt ut på vegne av søker:

Postadresse:
Sandvågshaugan 1
9180 SKJERVØY

Telefon: 77 77 57 40
Telefaks: 77 77 57 31

Bankgiro: 4740 05 04578
Org.nr: 974 792 931



SKJERVØY KOMMUNE
HELSE- OG SOSIAL

SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE – OG OMSORGSTJENESTER

Unntatt fra offentlighet
Off.loven § 5a, jfr. Fvl. § 13.1

Navn: _____ Telefon: _____