# Personlige opplysninger:

Søker: ………………………………………………………..……. Fnr. (11 siffer): …………………………. Adresse: …………………………………………………………………………………………………………………………………….. Postnr./Sted: ……………………………………………………………………… Tlf.: .………………………………………… Sivil status: ……………………………………………………… Fastlege: …………………………………………….

# Den nærmeste pårørende /hjelpeverge/andre du vil kommunen skal samarbeide med:

Navn: …………………………………………………………… Relasjon til søker: ……………………………………… Adresse: ……………………………………………………................................................................................

Epost: …………………………………………………………………………….. Tlf.: ………………………………….

# Kryss av for hvilke tjeneste(r) du søker:

Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven:

* Avlastning\* ☐ Omsorgslønn\*
* Praktisk bistand (hjemmehjelp) /opplæring / personlig assistanse\*
* Fysioterapi ☐ Psykisk helsetjeneste\*
* Støttekontakt ☐ Korttids- / vurderingsopphold\*
* Hjemmesykepleie\* ☐ Langtidsopphold i institusjon\*

☐ Rulleringsopphold\* ☐ Dagopphold i sykehjem\* ☐ ☐ Andre tenester \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*oppdaterte opplysninger må legges ved.

**Egenvurdering/kort beskrivelse.** Beskriv hvorfor det søkes om tjeneste (e) over.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

INFORMASJON OM BETALING

Betaling for dagopphold, korttids- og langtidsopphold i institusjon skjer etter regler fastsatt av Helse- og sosialdepartementet. Egenbetaling for hjemmetjenester, trygghetsalarm og praktisk bistand skjer etter satser vedtatt av kommunestyret. Ved betaling for praktisk bistand legges husstandens samlede inntekt til grunn og siste ligningsattest må leveres.

# Samtykke

Jeg samtykker i at kommunen innhenter opplysninger fra ulike sammarbeidspartnere som fastlege, spesialist helsetjeneste eller andre faggrupper, dersom det er nødvendig i denne aktuelle saken.

Jeg er oppmerksom på at min søknad om tjenester vil bli behandlet tverrfaglig. Jeg samtykker i at samarbeidende personell kan utveksle relevant informasjon for å koordinere mitt tjenestetilbud.

# Fullmakt

Jeg gir med dette følgende personer fullmakt til å representere meg i saksbehandlingen av denne søknaden:

Dato: ………………………………………………..

Underskrift: …………………………………………………… Navn: …………………………………………………………

Underskrift søknaden:

Dato: ……………. Sted: …………………………. Underskrift: …………………………………………………..

**Kontaktinformasjon:**

Utsira kommune Helse og omsorg

Utsiravegen 112

 5547 Utsira

Tlf:  52 75 01 00 epost: post@utsira.kommune.no