**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\* [ ]  Trygghetsalarm

[ ]  Omsorgslønn\* [ ]  Hjelp til legemiddelhåndtering

[ ]  Praktisk bistand (hjemmehjelp) / [ ]  Middagsombringing

 opplæring / personlig assistanse\* [ ]  Fysioterapi

[ ]  Korttids- / vurderingsopphold\* [ ]  Støttekontakt

[ ]  Hjemmesykepleie\* [ ]  Langtidsopphold i institusjon\*

[ ]  Psykisk helsetjeneste\* [ ]  Rulleringsopphold\*

[ ]  Dagopphold i sykehjem\*

\*oppdaterte opplysninger må legges ved.

**Egenvurdering/kort beskrivelse.** Beskriv hvorfor det søkes om tjenesten 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