



SULA KOMMUNE

Søknad om omsorgsteneste - til utskrift

| Om søker | |
|---|-----------|
| Personopplysninger | |
| Fødselsnummer (11 siffer) | |
| Fornamn | Etternamn |
| Adresse | |
| Postnr/sted | |
| E-post | |
| Telefon | |
| Sivilstand | |
| Om næraste pårørende | |
| Fornamn | Etternamn |
| Adresse | |
| Postnr/sted | |
| E-post | |
| Telefon | |
| Kva relasjon har du til vedkomande? | |
| Kan vedkomande opptre som kontaktperson for deg? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei | |
| Informasjon om fastlege | |

| |
|-------------------------------------|
| |
| Namn på legekantoret du er tilknytt |
| Namn på fastlegen din |
| Telefonnummer til legekantoret |

Om søknaden

Kven fyller ut søknaden?

Eg fyller ut søknaden

på vegne av meg sjølv

som føresett

som fagperson

Stilling

Kva for utfordringar/vanskar har du i kvardagen?

Kva type bistand meiner du sjølv at du har behov for?

Personleg bistand, for eksempel hygiene/sår og liknande

Praktisk bistand, for eksempel reinhald

Dagtilbod

Tryggleiksalarm/Velferdsteknologi

Korttidsopphald

Kvardagsrehabilitering

Middag levert på døra

Kva klarar du sjølv av daglege personlege/praktiske oppgåver?

Kva er viktig for deg i kvardagen?

Helseopplysningar

Andre tenester

Mottek du tenester frå Sula kommune?

Ja

Nei

Kva for tenester mottek du?

Opplysningar om sjukdom

Helseopplysningar/diagnosar. Legg ved eventuell dokumentasjon.

Fullmakt

Fullmakt- omsorgstenesta

Eg samtykker til at Sula kommune innhentar opplysningar som er nødvendige og relevante for søknaden:

- Tiltakseining for barn og unge (TBU)
- Omsorgstenesta
- NAV
- Barnehabiliteringa (BHT)
- Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)
- Psykisk helseteneste
- Rehabiliteringstenesta
- Fastlege
- Skule/barnehage
- Andrelinjeteneste (f.eks sjukehuset)

Dato

Stad

Underskrift søkar/verge/føresett