

# Søknad om helse- og omsorgstjenester

unntatt off f.v.1 §13.1

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2 jmf helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3.

For ytterligere informasjon om de ulike tjenestene, se Sola kommunes hjemmeside/helse- og omsorg:

<http://www.sola.kommune.no>

Personlige opplysninger		
Navn (søker):	Person nr.(11 siffer):	
Adresse:	Postnr:	Sted:
Telefonnr:	Statsborgerskap:	Reg. i folkeregistret i hvilken kommune:
Sivilstatus: <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> gift/samboer <input type="checkbox"/> enke/-mann <input type="checkbox"/> skilt/separert		
Navn på ektefelle/samboer/partner:	Fødselsnr.(11 siffer):	Telefonnr:
Hovedpårørende:	Telefonnr:	
Tilknytning til søker:	Telefonnr:	
Adresse:		

## Beskriv hva som er viktig for deg i forhold til helsetilstand og funksjonsnivå

Legg ved opplysninger fra fastlege, spesialisthelsetjenesten eller andre som kan ha betydning for søknaden. (Opplysningene må angi ICD10/ ICPC2 diagnose kode).

--

## Opplysninger når du sist ble vurdert av helsepersonell

Navn fastlege: \_\_\_\_\_ Dato for siste legebeseøk: \_\_\_\_\_

Navn på tannlege: \_\_\_\_\_ Dato for siste tannlegebeseøk: \_\_\_\_\_

## Økonomiske forhold

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv              | <input type="checkbox"/> Pensjon (alders-/uføre-)      |
| <input type="checkbox"/> Sykepenger              | <input type="checkbox"/> Økonomisk stønad(sosialhjelp) |
| <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger | <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____         |
| <input type="checkbox"/> Dagpenger               |  |

Andre ytelser fra NAV:  Hjelpstønad, sats: \_\_\_\_\_  Grunnstønad, sats: \_\_\_\_\_

**Bekreftelse**

Journal og sensitive dokumenter blir oppbevart skriftlig og/eller elektronisk på en forsvarlig måte. Sola kommune er pålagt å sende inn anonymiserte opplysninger om deg og dine behov til et nasjonalt register kalt IPLOS.

Jeg bekrefter at de opplysningene som er gitt i søknaden er riktige og fullstendige, og er innforstått med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til avslag eller at søknaden avvises. Jeg plikter å informere kommunen dersom det skjer endringer i helsesituasjonen som kan ha betydning for søknaden.

Jeg er kjent med at søknaden og andre saksdokumenter vil bli lagret i kommunens elektroniske journalsystem, og at jeg har rett til innsyn i saksdokumentene.

**Fullmakt/samtykke til å innhente og dele opplysninger**

Kommunen ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden og gi helsehjelp.

For å gi best mulig hjelp og behandling kan det også være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten.

Kryss av aktuelle samarbeidspartnere

- Spesialisthelsetjenesten
- Fastlege
- Helsestasjon
- Barne- og ungdomsskole
- PPT
- Barneverntjenesten
- Videregående skole
- NAV
- Andre kommunale tjenesteområder

Andre, spesifiser: \_\_\_\_\_

Jeg (omsorgstrengende) gir Tjeneste- og koordineringskontoret fullmakt til å innhente og dele de opplysningene som ansees som nødvendig for behandling av søknaden.

- Ja
- Nei

Sted:	Dato:	Søkers underskrift:
Eventuell signatur av verge / fullmaktsinnehaver:		

Fullmakten gjelder kun for denne søknaden og kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

Det er den som trenger hjelp som skal underskrive skjema. Dersom andre undertegner skal skriftlig fullmakt vedlegges. Dersom den som søker ikke er i stand til å gi skriftlig fullmakt begrunnes dette nedenfor.