

**SØKNAD OM BISTAND FRA HELSE OG OMSORGSTJENESTEN****1. PERSONALIA:**

Navn: _____ Personnr.: _____

Adresse: _____ Telefon/Mobil: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

Sivilstatus: _____

Har du barn under 18 år? Ja Nei **2. HVORFOR SØKER DU BISTAND FRA HELSE – OG OMSORGSTJENESTEN?**

(Her beskriver du hvorfor du søker bistand fra helse – og omsorgstjenesten. Hva klarer du selv å ivareta av dagligdagse gjøremål. Hva mener du at du trenger bistand til? Bruk evt eget ark)

Ved søknad om omsorgsbolig må opplysninger om formue vedlegges, eksempelvis skattemelding.

3. FASTLEGE:

Navn: _____ Legekantor: _____

4. NÆRMESTE PÅRØRENDE:

Navn: _____ Tilknytning til søker: _____

Adresse: _____ Telefon/Mobil: _____

Postnr.: _____ Poststed: _____

Skal vedkommende ha kopi av vedtak? Ja Nei



5. VERGE: Ja Nei (Det er nødvendig med dokumentasjon fra fylkesmannen på oppnevnt verge)
Hvis ja;

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

6. Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden?: Ja Nei

Hvis ja;

Navn: _____

Adresse: _____

Telefon/Mobil: _____

Tilknytning til søker: _____

Informasjon om saksbehandlingen.

Når søknaden er mottatt vil Tjenestekontoret vurdere om du fyller vilkårene for tildeling av helse – og omsorgstjenester, hvilke tjenester og omfanget av disse. Ofte vil det bli foretatt et kartleggingsbesøk i hjemmet. Det vil da bli gitt nærmere informasjon om saksgang og dere vil sammen se på ulike tjenester som kan være aktuelle.

For enkelte av helse- og omsorgstjenestene som Vefsn kommune tilbyr, må bruker betale egenandel.

Når du underskriver samtykker du til at Vefsn kommune:

- Kan innhente nødvendige og relevante opplysninger fra samarbeidspartnere som eksempelvis fastlege, sykehus og skatteetaten.
- Samtykke kan begrenses. Slik reservasjon kan eksempelvis gjelde fastlege, sykehus, sosialetat og liknende. Dersom slik reservasjon ønskes gjeldende, skriv det her:

- Sender inn anonymiserte helseopplysninger til IPLOS – registeret. Dette er et lovbestemt helseregister som danner grunnlaget for nasjonal statistikk for helse og omsorgssektoren.
- Samtykke kan trekkes tilbake.

Dato: _____

Underskrift Søker: _____

Søknaden sendes til:

**Vefsn kommune
Postboks 560
8651 Mosjøen
Tlf: 75101000**