

Søkerens navn:

Saksnummer: _____ **Mottatt dato:** _____

**SØKNAD
OM
PLEIE OG OMSORGSTJENESTER**

**Porsanger kommune
Helse- og omsorgsavdelingen
Boks 400, Rådhuset
9712 LAKSELV**

Konfidensielt

SØKNAD

1. SØKERENS PERSONALIA

Navn: _____

Fødsels-/ personnr.: _____ Tlf.: _____

Adresse: _____

Sivilstatus: ☐ Ugift ☐ Gift/ reg. partner ☐ Samboende ☐ Enke-/ enkemann

Morsmål: _____

Diagnose/ funksjonshemning: _____

2. PÅRØRENDE, KONTAKTPERSON, HJELPEVERGE

Navn: _____ Evt. slektsskap: _____

Adresse: _____

Tlf. privat: _____ Tlf. arbeid: _____

3. SØKERENS EKSISTERENDE TJENESTETILBUD

Hjemmesykepleie	: _____ timer hver _____	Trygghetsalarm:	☐
Hjemmehjelp	: _____ timer hver _____	TT- lapper:	☐
Støttekontakt	: _____ timer hver _____	Frikort lege:	☐
Dagtilbud	: _____ dager pr. uke	Ledsagerbevis:	☐

Fysioterapitjeneste	: _____ timer hver _____
Psykiatrisk sykepleiertjeneste	: _____ timer hver _____
Assistent-tjeneste	: _____ timer hver _____
Brukerstyrt personlig assistent	: _____ timer hver _____
Omsorgsstønad	: _____ kr.pr. mnd.
Matombringning	: _____ ganger pr. uke
Tannhelsetjeneste	: _____ pr. år

4. FASTLEGE, LEGESENTER

Navn: _____

5. ØKONOMI

Egen inntekt : _____ kr. pr. mnd.

Ektefelle/ samboers inntekt : _____ kr. pr. mnd.

Hjelpestønad : _____ kr. pr. mnd.

Grunnstønad : _____ kr. pr. mnd.

6. DET SØKES OM FØLGENDE KOMMUNALE TJENESTER:

- | | |
|---|--|
| ☐ Korttidsopphold i perioden:
_____ | ☐ Avlastning i perioden:
_____ |
| ☐ Langtidsopphold i institusjon | ☐ Omsorgsbolig |
| ☐ Hjemmesykepleie | ☐ Praktisk bistand |
| ☐ Psykiatrisk sykepleiertjeneste | ☐ Dagtilbud for demente |
| ☐ Støttekontakt | ☐ Omsorgsstønad |
| ☐ Ledsagerbevis | ☐ Matombringning |
| ☐ Individuell plan | |
| ☐ Brukerstyrt personlig assistent | |

Det leies ikke lenger ut trygghetsalarmer.

7. SPRÅKVALG

Så langt det er mulig, ønsker du å betjenes av samiskspråklig pleier?

- ☐ Ja ☐ Nei

8. TANNBEHANDLING

Grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie samt psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon har etter Lov om tannhelsetjenesten § 1-3 rett til gratis tannbehandling. Kryss av dersom du ønsker at hjemmesykepleien skal oppgi ditt navn og adresse til tannklinikken.

- ☐ Ja, jeg ønsker at tannklinikken skal få mitt navn og adresse.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Underskrift søker/ hjelpeverge _____