

## SØKNAD OM PLEIE OG OMSORGSTJENESTER

|  |  |   |                                     |
|--|--|---|-------------------------------------|
| <b>NAVN</b>  | <b>ETTERNAVN:</b> .....  | <b>FORNAVN:</b> .....                           | <b>F.NR. ( 11 siffer )</b><br>..... |
| <b>ADRESSE</b>   | .....<br>.....   |   |                                     |
|  | <b>POSTNR.:</b> ..... <b>POSTSTED:</b> ..... <b>TLF.:</b> .....                                      |   |                                     |
| <b>NÆRMESTE PÅRØRENDE</b>  | <b>NAVN:</b> ..... <b>TLF.:</b> .....  |   |                                     |
| <b>KONTAKT-PERSON/VERGE</b>  | <b>ADRESSE:</b> .....  |   |                                     |
|  | <b>POSTNR.:</b> ..... <b>POSTSTED:</b> .....   |   |                                     |
|  | <b>SLEKTSKAP:</b> ..... <b>NABO:</b> <input type="checkbox"/> <b>VERGE:</b> <input type="checkbox"/> |   |                                     |
| <b>SØKNADEN GJELDER (sett kryss):</b>  |  |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig  | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie   | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm         |                                     |
| <input type="checkbox"/> Trygdebolig   | <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp   | <input type="checkbox"/> Avlastn. utenfor inst. |                                     |
| <input type="checkbox"/> Matombringing   | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn   | <input type="checkbox"/> Dagsenter              |                                     |
| <input type="checkbox"/> Korttidsopph.sykehjem   | <input type="checkbox"/> Aktivitetskontakt   | <input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste      |                                     |
| <input type="checkbox"/> Langtidsopph.sykehjem   | <input type="checkbox"/> BPA (pers.assistent)  | <input type="checkbox"/> Ergoterapitjeneste     |                                     |
| <input type="checkbox"/> Avlastning sykehjem   | <input type="checkbox"/> Rehab.opphold   | <input type="checkbox"/> .....                  |                                     |
| Brukers lege/fastlege: .....   |  |   |                                     |
| Jeg tillater at medisinske og økonomiske opplysninger blir innhentet dersom nødvendig  |  |   | <input type="checkbox"/>            |
| Jeg samtykker i at nødvendige opplysninger om meg blir elektronisk registrert  |  |   | <input type="checkbox"/>            |
| Hvis tjenesten finner det nødvendig vil vi komme på hjemmebesøk for kartlegging, eller du/dere vil bli innkalt til et informasjonsmøte.<br>Søknaden blir behandlet etter gjeldende lover og forskrifter. |  |   |                                     |

**BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN ( MÅ FYLLES UT )**

**Ta kontakt hvis du har behov for hjelp til å fylle ut søknadsskjema.**

**Søknaden sendes: Rennebu Helsecenter, Gamle Kongevei 39 A, 7391 Rennebu**

.....  
**Sted:**

.....  
**Dato:**

.....  
**Søkers underskrift/  
evt. pårørendes underskrift**