



Øksnes  
kommune

## Søknad om helse- og omsorgstjenester

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Om søknaden</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Søker</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Om innsender<br><input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til meg selv<br><input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for<br><input type="checkbox"/> Jeg er en pårørende som søker om avlasting, omsorgslønn eller informasjon og veiledning |
| Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                                                                                                            |
| Hvis ja, av hvem?                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                                                                                                                                            |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Personopplysninger</b>                                                                                                                                                                                                  |       |
| <b>Personopplysninger - innsender</b>                                                                                                                                                                                      |       |
| Fødselsnummer                                                                                                                                                                                                              |       |
| Navn                                                                                                                                                                                                                       |       |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                    |       |
| Postnr/sted                                                                                                                                                                                                                |       |
| Telefonnr.                                                                                                                                                                                                                 |       |
| Sivil status                                                                                                                                                                                                               |       |
| Sivil status<br><input type="checkbox"/> - Velg alternativ -<br><input type="checkbox"/> Gift/samboer<br><input type="checkbox"/> Enke/enkemann<br><input type="checkbox"/> Skilt<br><input type="checkbox"/> Ugift/enslig |       |
| Ektefelle/samboer                                                                                                                                                                                                          | F.nr. |
| <b>Personopplysninger - den som har behov for helse- og omsorgstjenester</b>                                                                                                                                               |       |
| Fødselsnummer                                                                                                                                                                                                              |       |

|                                                                                                                                                                                                                            |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Navn                                                                                                                                                                                                                       |       |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                    |       |
| Postnr/sted                                                                                                                                                                                                                |       |
| Telefonnr.                                                                                                                                                                                                                 |       |
| Sivil status<br><input type="checkbox"/> - Velg alternativ -<br><input type="checkbox"/> Gift/samboer<br><input type="checkbox"/> Enke/enkemann<br><input type="checkbox"/> Skilt<br><input type="checkbox"/> Ugift/enslig |       |
| Ektefelle/samboer                                                                                                                                                                                                          | F.nr. |
| <b>Kontaktinformasjon til nærmeste pårørende</b>                                                                                                                                                                           |       |
| Navn                                                                                                                                                                                                                       |       |
| Adresse                                                                                                                                                                                                                    |       |
| Postnr/sted                                                                                                                                                                                                                |       |
| Telefonnr.                                                                                                                                                                                                                 |       |
| Relasjon / slektsforhold                                                                                                                                                                                                   |       |
| Ønsker du at nærmeste pårørende skal ha kopi av brev som kommunen sender til deg?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                              |       |
| Hvis ja, oppgi fødselsnummer, viktig at søker er informert og har gitt samtykk til deg som skal motta kopi                                                                                                                 |       |
| Er du omsorgsyter for barn under 18 år?<br><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei                                                                                                                        |       |

|                                     |
|-------------------------------------|
| <b>Behov</b>                        |
| <b>Opplysninger om omsorgsbehov</b> |

Hva er ditt behov?

- ☐ Psykisk helse - støttesamtaler - lavterskeltilbud
- ☐ Støttekontakt
- ☐ ADL-bistand med tilrettelegging for dagliglivets aktiviteter
- ☐ Trygghetsalarm (betalingspliktig)
- ☐ Middagsombringing (kjøp av middag fra Myreheimen)
- ☐ Praktisk bistand - betalingspliktig alle tjenester
- ☐ Praktisk bistand opplæring - opplæring til selvstendighet
- ☐ Dagsenter - betalingspliktig
- ☐ Omsorgsbolig/tilrettelagt bolig/husleie
- ☐ Hjemmesykepleien og Miljøtjeneste - Individuell plan ved langvarige og sammensatte behov
- ☐ Kreftsykepleier
- ☐ Velferdsteknologi
- ☐ Avlastning
- ☐ Dagopphold i institusjon - betalingspliktig
- ☐ Omsorgsstønad
- ☐ BPA (brukerstyrt personlig assistent). Tjenestebehovet må være på 25 t/uke før man kan søke på BPA
- ☐ Korttidsopphold - betalingspliktig
- ☐ Bolig med heldøgns omsorg - husleie
- ☐ Langtidsopphold i institusjon - betalingspliktig

ADL-bistand med tilrettelegging for dagliglivets aktiviteter

- ☐ Hjelpemidler i hjemmet
- ☐ Ergoterapeut
- ☐ Fysioterapeut

Praktisk bistand - betalingspliktig alle tjenester

- ☐ Hjemmehjelp
- ☐ Hjelp for å kunne bo i eget hjem lengre

Velferdsteknologi

- ☐ Room mate (digitalt tilsyn)
- ☐ GPS
- ☐ Elektronisk medisindispenser

Avlastning

- ☐ I institusjon
- ☐ Privat avlastning
- ☐ Barnebolig

Korttidsopphold

- ☐ Opphold
- ☐ Rehabilitering
- ☐ Utredning

## Funksjonsevne

### Beskrivelse av funksjonsevne

Beskrivelse av funksjonsevne

|                                                                                                                                                                                        |                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne?                                                                                                           |                                               |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Nei                  |
| Beskriv diagnose/helsetilstand                                                                                                                                                         |                                               |
| Har du hjelpemidler eller hjelpetiltak fra andre i dag?                                                                                                                                |                                               |
| <input type="checkbox"/> Ja                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Nei                  |
| Hvis ja, hvilke hjelpemidler eller hjelpe tiltak har du?                                                                                                                               |                                               |
| <b>Andre opplysninger</b>                                                                                                                                                              |                                               |
| Boforhold                                                                                                                                                                              |                                               |
| <input type="checkbox"/> Bor alene                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre |
| Hvordan er din bolig tilrettelagt?                                                                                                                                                     |                                               |
| <input type="checkbox"/> Alt på "ei flate"<br><input type="checkbox"/> Dørterskeler<br><input type="checkbox"/> Trapper inne<br><input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus |                                               |
| Hvem bor du sammen med?                                                                                                                                                                |                                               |
| Fastlege navn                                                                                                                                                                          | tlf                                           |

|                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Erklæring og vedlegg</b>                                                                                                                                                                             |
| <b>Informasjon og samtykke</b>                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger fra annet helsepersonell, helseforetak, NAV og ligningskontor hvis det er nødvendig for behandling av min søknad. |
| <input type="checkbox"/> Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling.                                    |
| <b>Vedlegg</b>                                                                                                                                                                                          |
| Vedlegg legges ved søknaden                                                                                                                                                                             |

\_\_\_\_\_  
Sted/Dato

\_\_\_\_\_  
Signatur søker