

**FLÅ KOMMUNE**

Enhet helse og omsorg

Sentrumsvegen 24

3539 FLÅ

Telefon: 32 05 36 00

SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER*Unntatt offentlighet jmf off.l. §13*

OPPLYSNINGER OM SØKER:				
NAVN:	Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnummer:	
	
Adresse:	Adresse:	Postnr:	Poststed:	
	
	Telefon:		
			
Nærmeste pårørende / verge	Etternavn:	Fornavn:	Telefon:	
	
	Adresse:	Postnr:	Poststed:	
	
	<input type="checkbox"/> Pårørende, slektskap: _____			
	<input type="checkbox"/> Verge			
Søkerens fastlege: _____ Tlf.nr: _____				
TJENESTER DET SØKES OM				
Hjelp i hjemmet	Institusjon	Omsorgsbolig	Dagtilbud	Annet
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Praktisk bistand <input type="checkbox"/> Praktisk bistand opplæring <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)	<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon <input type="checkbox"/> Korttidsopphold <input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold <input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig med bemanning <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig uten bemanning	<input type="checkbox"/> Dagsenter for hjemmeboende demente	<input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad Velferdsteknologi: <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Elektronisk medisinstøtte <input type="checkbox"/> Digitalt tilsyn <input type="checkbox"/> GPS sporing <input type="checkbox"/> Annet: _____

BEGRUNNELSE FOR SØKNAD (beskrivelse av aktuell situasjon, utfordringer, hjelpebehov):

Begrunnelsen er skrevet av: _____

UNDERSKRIFT

.....
Dato **Sted** **Søkers/foresattes underskrift**

Søknad sendes til Flå kommune. Saksbehandler mottar søknaden og vil ta kontakt for nærmere informasjon om behandling av søknaden.

Alle søknader behandles i et tverrfaglig tildelingsteam.