



FLÅ KOMMUNE
Enhet pleie – omsorg - fysioterapi
3539 FLÅ
Telefon: 32 05 36 60

SØKNAD OM YTELSER FRA PLEIE- OG OMSORGSDELINGEN
Unntatt offentlighet

NAVN:	Etternavn: _____ Fornavn: _____ Fødselsdato: _____		
Adresse:	Adresse: _____ Postnr: _____ Poststed: _____ Telefon: _____		
Nærmeste pårørende	Etternavn: _____ Fornavn: _____ Telefon: _____ Adresse: _____ Postnr: _____ Poststed: _____ SLEKTSKAP:..... <input type="checkbox"/> Nabo <input type="checkbox"/> Verge		
Søknaden Gjelder Sett kryss	BOLIG/INSTITUSJON	TILSYN/PLEIE	HJELP I HJEMMET
	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold (institusjon) <input type="checkbox"/> Avlastning (institusjon/bolig) <input type="checkbox"/> Rehabilitering (institusjon) <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig (Flåheimen) <input type="checkbox"/> Dagopphold (institusjon) <input type="checkbox"/> Nattopphold (institusjon)	<input type="checkbox"/> Hjemme-Sykepleie <input type="checkbox"/> Trygghets- alarm	<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> BPA
Søkerens lege: _____			
Adresse: _____ Postnr: _____ Poststed: _____			
BESKRIV HVA SLAGS HJELP DET ER BEHOV FOR:			
(fortsett på baksiden om nødvendig)			
UNDERSKRIFT			
..... Dato Sted Søkers underskrift	

Søknad sendes til: Flå kommune
Enhet pleie – omsorg - fysioterapi
3539 FLÅ