



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 <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)	TILSYN/PLEIE <input type="checkbox"/> Hjemme-Sykepleie <input type="checkbox"/> Trygghets- alarm	HJELP I HJEMMET <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Matombringing <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> BPA	AKTIVISERING <input type="checkbox"/> Aktivitetsenter
	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