|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **M:\Pleieomsorgogrehab\SAS\NYE-SANDEFJORD-w1200-KOMMUNEVPEN.jpgSØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**  **SANDEFJORD KOMMUNE**  **Bolig- og tjenestekontoret** | | | | | | | |
| **Opplysninger om søker:** | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | |
| Fødselsnr (11 siffer): | | | | | | Sivil status: | |
| Adresse: | | | | | | Postnr/sted: | |
| Tlf privat: | Mobil: | | | | | Tlf arb: | |
| **Søker om:** | | | | | | | |
| **TJENESTE** | | **Kryss av** | **TJENESTE** | | | | **Kryss av** |
| Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie) | |  | Bofellesskap/bemannet bolig | | | |  |
| Fagteam kreftomsorg | |  | Dagaktivitetstilbud *(For personer med kognitiv svikt og demenssykdom)* | | | |  |
| Hukommelsesteam | |  | Avlastning utenfor institusjon | | | |  |
| Praktisk bistand (hjemmehjelp) | |  | Omsorgsstønad | | | |  |
| Praktisk bistand opplæring i dgl gjøremål | |  | Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) | | | |  |
| Trygghetsalarm | |  | Støttekontakt | | | |  |
| Korttidsleilighet | |  | Oppfølging rus | | | |  |
| Institusjon - korttid | |  | Oppfølging psykisk helse | | | |  |
| Institusjon - rehabilitering | |  | Individuell plan/koordinator | | | |  |
| Institusjon - avlastning | |  |  | | | | |
| Institusjon - langtid | |  |
| **Har du tidligere mottatt helse og omsorgstjenester:** | | | | | | | |
| **JA/NEI** – *sett ring rundt det som passer*  *Hvis ja, hvilken tjeneste?*  *Har du kontakt med andre instanser i hjelpeapparatet, i tilfelle hvilke:* | | | | | | | |
| **Fastlege** | | | | | | | |
| Navn: Telefon: Legesenter: | | | | | | | |
| **Opplysninger om nærmeste pårørende:** | | | | | | | |
| Navn: | | | | | Fødselsnummer: | | |
| Adresse: | | | | | Postnr/sted: | | |
| Slektskap/relasjon til søker: | | | | | | | |
| Tlf privat: | Mobil: | | | | | Tlf. arb: | |
| **Søknad er fylt ut av** (gjelder dersom søknad fylles ut av andre enn søker selv) | | | | | | | |
| **Pårørende/verge/ansatt** (sett ring rundt det som er aktuelt)  Navn: | | | | | | | |
| **Begrunnelse for søknaden:** | | | | | | | |
| *Kort beskrivelse av behov:* | | | | | | | |
| **Generelle opplysninger:** | | | | | | | |
| Tjenestekontoret samhandler elektronisk med samarbeidspartnere som sykehus og fastleger. Med mindre søker motsetter seg dette, overføres pasientopplysninger elektronisk for å kunne starte oppfølging og behandling av henvendelse/søknad.  Har du behov for hjelp til å fylle ut søknaden, ta kontakt med tjenestekontoret på telefon  33 41 60 00.  Ved vurdering av bistandsbehov benytter tjenestekontoret IPLOS som kartleggingsverktøy. IPLOS er et lovbestemt helseregister som danner grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. | | | | | | | |
| **Jeg samtykker til innhenting av nødvendige opplysninger som har betydning for søknad** | | | | | | | |
| Søkers underskrift: | | | | Dato: | | | |
| Fullmektig/verges underskrift: | | | | | | | |