



Stange kommune

Helse og Omsorg – Tjenesteenheten

Postboks 214

2336 Stange

## SØKNAD HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM SØKER	
Navn:	Fødselsnr (11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr:                      Sted:	Sivilstatus:
Verge:	Telefon:
Fastlege:	Telefon:
Nærmeste pårørende:	Telefon:

Hva søknaden gjelder for:

- |  |   |   |   |                                      |
|--|---|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig   | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn                | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm   | <input type="checkbox"/> BPA         |
| <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp     | <input type="checkbox"/> Dagtilbud      | <input type="checkbox"/> Støttekontakt              | <input type="checkbox"/> Individuell plan | <input type="checkbox"/> Ergoterapi  |
| <input type="checkbox"/> Korttidsopphold | <input type="checkbox"/> Avlastning     | <input type="checkbox"/> Demensteam                 | <input type="checkbox"/> Matombringing    | <input type="checkbox"/> Fysioterapi |
| <input type="checkbox"/> Langtidsopphold | <input type="checkbox"/> Rehabilitering | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand opplæring |   |                                      |

Begrunnelse (bruk eventuelt eget ark):

Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes og utveksles opplysninger hvis det er nødvendig for behandling av min søknad. Det gis også fullmakt til å innhente inntektsopplysninger for de tjenester det kan kreves betaling for.

Dato:	Underskrift:
-------	--------------

