



SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

OM SØKNADEN		
Søker		
<input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til meg selv	<input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for	<input type="checkbox"/> Jeg er en pårørende som søker om avlastning, omsorgstønad eller informasjon og veiledning
Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja – av hvem:		

PERSONOPPLYSNINGER	
Søker	
Personnummer (11 siffer)	Navn
Adresse	Postnr/sted
Sivilstatus	Telefonnummer
Andre opplysninger	
Fastlege navn	Fastleges telefonnummer
Boforhold <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med andre, hvem: Tilrettelagt bolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Kontaktinformasjon til nærmeste pårørende / verge / part i saken	
Personnummer (11 siffer)	Navn
Adresse	Postnr/sted
Relasjon/slektsforhold	Telefonnummer



BEHOV		
Beskrivelse av behov		
Hva søknaden gjelder		
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Praktisk bistand – opplæring	<input type="checkbox"/> Støttekontakt
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Dagtilbud	<input type="checkbox"/> Demensteam
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold	<input type="checkbox"/> Avlastning	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad
<input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Rehabilitering	<input type="checkbox"/> Individuellplan/koordinator
<input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste	<input type="checkbox"/> Ergoterapi	<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Matombringing
<input type="checkbox"/> BPA		
OBS – se eget vedlegg som fylles ut for søknad om BPA og omsorgsbolig.		
Er behovet midlertidig eller permanent? <input type="checkbox"/> Midlertidig <input type="checkbox"/> Permanent	Angi omtrentlig tidsperiode for behov (fra-til-dato)	
Mottar du hjelp fra andre i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja – fra hvem og til hva:		
FUNKSJONSEVNE		
Beskrivelse av funksjonsevne		
Hva klarer du selv (beskriv)		
Hva klarer du ikke selv (beskriv)		
Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Beskriv diagnose/helsetilstand:		
Har du hjelpemidler eller hjelpetiltak i dag? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja – hvilke:		



ERKLÆRING OG VEDLEGG

Informasjon og samtykke

Fullmakt til å innhente opplysninger

Stange kommune ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden din raskest mulig og for å kunne gi deg best mulig hjelp og behandling. I tillegg til det du selv oppgir i søknaden, kan kommunen ha behov for å innhente relevante opplysninger fra pårørende, helsepersonell, andre enheter i kommunen og sykehus. Gjelder søknaden en tjeneste som du skal betale for, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra Skatteetaten og NAV.

Er du gift eller samboer, kan det også være nødvendig å hente inn opplysninger om dine ektefelle/samboer.

Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden.

Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

Fullmakt til å dele opplysninger

For å gi deg best mulig hjelp og behandling, kan det være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs-, sosial- og barnevernstjeneste.

Jeg gir kommunen fullmakt til å dele opplysninger om meg med annet relevant personell når dette anses nødvendig

Jeg gir kommunen en betinget fullmakt til å dele opplysninger om meg. Under har jeg angitt hvilke instanser jeg ikke ønsker mine opplysninger delt med;

Fullmakten varer så lenge du mottar tjenesten, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake

Lagring av personlige opplysninger

Stange kommune vil lagre opplysninger fra søknaden og saksbehandlingen i et databasert system – elektronisk pasientjournal (EPJ). Bare de personene som skal hjelpe deg, får tilgang til opplysninger om deg. De får bare vite det de trenger for å utføre sitt arbeid og har plikt til ikke å gi opplysninger videre til andre.

Det er **betaling av egenandel** ved tjenestene praktisk bistand/opplæring, BPA, matombringing, trygghetsalarm, dagaktivitetstilbud og opphold i institusjon (unntatt avlastning)

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Noen av opplysningene vil bli registrert i KPR som gir grunnlag for planlegging og evaluering av helse- og omsorgstjenester. I registeret fjernes navn og adresseopplysninger. Du kan reservere deg mot at helseopplysninger om deg utleveres fra KPR sammen med fødselsnummer, eller mot utlevering av helseopplysninger til enkelte formål.





Innsynsrett

Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har eller har hatt tilgang til disse. Du kan kreve at opplysninger blir rettet dersom de inneholder feil. Ønsker du at opplysninger om deg skal slettes, må Datatilsynet behandle saken. Henvend deg til lederen for kommunens helse- og omsorgstjeneste dersom du ønsker innsyn i, retting eller sletting av opplysninger. Bli ikke opplysningene rettet eller slettet, kan du be om at din kommentar blir registrert sammen med opplysningene

Søknaden må være fullstendig utfylt og undertegnet.

Dato _____ Sted _____

Søkers underskrift

Underskrift av den som har bistått med søknaden

Søknaden sendes til Stange kommune
Helse- og omsorgs – Tjenesteenheten
Postboks 214
2336 Stange





Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Du må være under 67 år og avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie dagliglivets gjøremål. Behovet for BPA må være langvarig og stort, det vil si at du trenger assistanse i minst to år framover og med minst 32 timer per uke.

Du vil selv være arbeidsleder for din personlig assistent (én eller flere) og avgjør selv når og med hva assistenten skal bistå deg med innenfor tildelt vedtak.

BPA tilbys også som avlastningstiltak for deg med foreldreansvar for hjemmeboende barn under 18 år som har nedsatt funksjonsevne.

Hvilke oppgaver skal assistenten utføre?
Hvilken arbeidstid skal assistenten ha?
Hvem ønsker du som assistent?



Omsorgsbolig

Nåværende boligforhold

- Søker eier eget hus eller leilighet
- Søker leier

Boligareal: _____ Husleie/bokostnader pr mnd: _____

Får du bostøtte? Ja Nei

Er fyringsutgifter inkludert i husleien? Ja Nei

Sanitære forhold: WC Bad Innlagt vann Varmt vann

Husstandens samlede nettoinntekt:

Andre opplysninger:

