|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| cid:image001.jpg@01D5C460.8728F310  Søknad på tjenester fra Helse og mestring  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Navn og adresse:****Fødselsnr.:** |  | **Telefon:** |  |
| **Pårørende/Foresatte, slektskap:** |  | **Telefon** |  |
| **Fastlege:** |  | **Verge****Navn:** |  |
| **Kryss av for hvilke tjeneste/er søknaden gjelder** |  ⃣ Korttidsopphold ⃣ Hjemmetjenester ⃣ Hverdagsrehabilitering ⃣ Avlastning ⃣ Praktisk bistand ⃣ Demensteam ⃣ Langtidsopphold ⃣ Trygghetsalarm ⃣ Kreftsykepleie ⃣ Psykisk helse og rus ⃣ Matombringing ⃣ Omsorgsstønad ⃣ BPA ⃣ Individuell plan ⃣ Dag/nattopphold  ⃣ Ergoterapi ⃣ Fysioterapi ⃣ Omsorgsbolig ⃣ Logoped |
| **Beskriv ditt hjelpebehov:****Diagnose(r)****Mottar du tjenester fra før? Evt. Hvilke?** |  |
|  | Jeg samtykker til at Heim kommune kan innhente relevant informasjon angående min helsetilstand, som er nødvendig for å behandle søknaden og utøve tjenesten uten hinder for lovpålagt taushetsplikt. Opplysningene behandles konfidensielt.Sted/Dato: Underskrift:  |

**For tjenesteyter (signatur ansatt)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Henvendelse:** | Sted/Dato: Underskrift |
| **Innskrevet:** | Dato/underskrift  | Rom: |
| **Utskrevet:** | Dato/underskrift | Rom: |

 |