

**HJELPEORDNINGER
SØKNAD OM STØTTEKONTAKT/AVLASTNING 20***Denne søknaden med opplysninger vil bli behandlet fortrolig.*

Søkers navn:.....	
Adresse:.....	
Fødselsdato	Personnr.
Hvem bor De sammen med ?	
Alene <input type="checkbox"/>	Mor/far <input type="checkbox"/>
Søsken <input type="checkbox"/>	Andre <input type="checkbox"/>
Deres veileders navn/kontaktperson/pårørende:	

Telefon: _____	
Hvilke tiltak og tjenester benytter de i dag ?	
TT-kort <input type="checkbox"/>	Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> t/uke
Bofellesskap <input type="checkbox"/>	Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> t/uke
Arbeidstilbud <input type="checkbox"/>	Antall timer:.....
Voksenopplæring, skole, dagsenter <input type="checkbox"/>	
Har De hjelpestønad:	
Hvis ja, hvor mye? (kr. pr. mnd.).....	

Det søkes om: (sett kryss)

Støttekontakt <input type="checkbox"/>	Avlastning <input type="checkbox"/>
Antall timer pr. uke _____	Har De hatt avlastning før?
Har De hatt støttekontakt før ?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> År _____
Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> År _____	Hvor ofte søkes det avlastning (sett kryss)
Hvilke interesser har du, og hva ønsker du å gjøre sammen med støttekontakten ?	Antall helger pr.mnd.:.....
_____	Antall helger pr. år:.....
_____	Avlastning i høytidshelger <input type="checkbox"/> i ferier <input type="checkbox"/>
_____	Oppgi ukenr.....
Hvorfor søkes det støttekontakt ?	Hvorfor søkes det avlastning ?
_____	_____
_____	_____
_____	Har dere noen spesielle ønsker i forhold til avlastningshjemmet (f.eks. enslige, familier med små/store barn, spesielle egenskaper/interesser) ?
Ønsker i forhold til støttekontakten (f.eks. mann, kvinne, alder, spesielle egenskaper/interesser)?	_____
_____	_____
_____	_____

Om De finner plassen for knapp, bruk baksiden eller tilleggsark.

BK/HH 04/2/91

Dato

Underskrift