



**PERSONLIGE OPPLYSNINGER:**

Søker: _____	F.nr. (11 siffer): _____
Adresse: _____	
Postnr./sted: _____	Tlf.privat: _____ Mobil: _____
Sivil status: _____	e-post: _____
Fastlege: _____	

**Den nærmeste pårørende/hjelpeverge, eller andre du vil kommunen skal samarbeide med:**

Navn: _____	Relasjon til søker: _____
Adresse: _____	e-post: _____
Tlf.privat: _____	Mobil: _____

**DET SØKES OM FØLGENDE TJENESTER:**

**Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Omsorgslønn                           | <input type="checkbox"/> Helsetjeneste i hjemmet                |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt                         | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (hjemmehjelp)         |
| <input type="checkbox"/> Miljøtjeneste                         | <input type="checkbox"/> Korttids/vurderingsopphold institusjon |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent (BPA) | <input type="checkbox"/> Avlastning                             |
| <input type="checkbox"/> Tjenester fra psykisk helsehjelp /rus | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold institusjon            |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan                      | <input type="checkbox"/> Ergoterapi                             |
|  | <input type="checkbox"/> Kartlegging/vurdering av funksjonsnivå |
|  | <input type="checkbox"/> Boligtilrettelegging                   |
|  | <input type="checkbox"/> Trening, veiledning, rådgivning        |

**ANDRE TJENESTER:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm/ Velferdsteknologi   | <input type="checkbox"/> Dagsenter             |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig /bokollektiv   | <input type="checkbox"/> Hjelpemidler          |
| <input type="checkbox"/> Middagslevering   | <input type="checkbox"/> Korttidslån           |
| <input type="checkbox"/> PMTO-veiledning (foreldreveiledning)  | <input type="checkbox"/> Varig lån (over 2 år) |
| <input type="checkbox"/> Jeg er usikker på hvilke tjenester som er rett for meg, og ber om en samtale som kan klarlegge dette. |  |

**EGENVURDERING.** Kort beskrivelse om hvorfor du søker tjenester (årsak, problemstilling, diagnose):

Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?

Betaling for korttidsopphold i institusjon skjer etter regler fastsatt av Helse og omsorgsdepartementet. Egenbetaling for praktisk bistand, dagplass, middagslevering og trygghetsalarm skjer etter satser vedtatt i kommunestyret. Ved betaling for praktisk bistand legges husstandens samlede inntekt til grunn. Mer informasjon om tjenestene kan du få ved henvendelse til Steigentunet, tlf. 75 78 48 00.

**TJENESTER NÅ. Søker er fra før av i kontakt med følgende instanser:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Andre kommunale tjenester | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten |
| <input type="checkbox"/> NAV                       | <input type="checkbox"/> Hjelpemiddelsentralen    |

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift søker: \_\_\_\_\_

**Samtykke:**

Jeg samtykker i at kommunen innhenter opplysninger fra fastlege, spesialhelsetjeneste eller andre instanser du fra før er i kontakt med, dersom det er nødvendig for saksbehandlingen i denne aktuelle saken.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift samtykke: \_\_\_\_\_

**IPLOS:** Alle landets kommuner er pålagt å registrere alle brukere av helse- og omsorgstjenesten i IPLOS. IPLOS står for individbasert pleie og omsorgsstatistikk. Alle opplysningene som blir sendt staten er anonyme. Se brosjyre for nærmere informasjon om hvilken opplysninger som registreres. Brosjyren kan fås hos tildelingskontoret.

**Søknaden skal sendes til: Steigentunet, Øyra 5, 8283 Leinesfjord**

Helse -og omsorgstjenesten i Steigen kommune  
Steigentunet, Øyra 5, 8283 Leinesfjord  
Tlf : 75 78 48 00 / 45 48 01 47  
tildelingskontoret@steigen.kommune.no