



## Søknad om helse- og omsorgstjenester

### Opplysninger om søker

Navn:		Fødselsnummer:
Adresse:		Telefonnummer:
Postnummer:	Poststed:	Siste time hos fastlege:
Navn på fastlege:		Legekantor:
Ugift: <input type="checkbox"/> Gift/Samboer: <input type="checkbox"/> Separert/Skilt: <input type="checkbox"/> Enke/Enkemann: <input type="checkbox"/> Gift/samboer m/institusjonsbeboer: <input type="checkbox"/>		

### Ektefelle / samboer og barn

Navn på ektefelle/samboer:	Fødselsnummer:
Antall barn under 18 år som du har forsørgeransvar for:	Barnets alder:
Antall personer i husstanden:	

### Nærmeste pårørende

Navn:		
Adresse:		Telefon privat:
Postnummer:	Poststed:	Relasjon til søker:

### Verge / fullmektig

Søkeren har verge: <input type="checkbox"/> Søkeren har fullmektig: <input type="checkbox"/>		
Navn:		
Adresse:		Telefon privat:
Postnummer:	Poststed:	Telefon arbeid:



Eksempler på tjenester	
<a href="#">Hjemmesykepleie</a>	<a href="#">Hjemmehjelp</a>
<a href="#">Praktisk bistand/praktisk bistand og veiledning</a>	<a href="#">Brukerstyrt personlig assistanse - BPA</a>
<a href="#">Trygghetsalarm og medfølgende elektronisk lås</a>	<a href="#">Matombringing</a>
<a href="#">Omsorgsbolig for eldre / omsorgsbolig Vertshuset</a>	<a href="#">Støttekontakt, treningskompis</a>
<a href="#">Ledsagerbevis</a>	<a href="#">Omsorgsstønad</a>
<a href="#">Langtidsopphold på sykehjem</a>	<a href="#">Korttids- og rehabiliteringsopphold på sykehjem</a>
<a href="#">Avlastning (kommunal, privat)</a>	<a href="#">Hverdagsrehabilitering</a>
<a href="#">Dagtilbud ved Vertshuset eldresenter og dagtilbud for demente – Aspelund / Altagårdshagen</a>	<a href="#">Tjenester i forhold til psykisk helse og rusmiddelavhengighet</a>

Viktig informasjon om helse- og omsorgstjenester og saksbehandlingen
<p>Tjenesten skal bidra til at den enkelte innbygger kan bo i eget hjem så lenge som mulig. Tjenesteutøvelsen skal ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og bidra til at man opprettholder eller gjenvinner størst mulig grad av egenmestring. På søknadskjema kan du på en enkel måte gi kommunen de opplysninger du mener er nødvendig for behandling av søknaden.</p> <p>Alle opplysninger som blir gitt behandles fortrolig. Kommunen har ansvar for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjeneste etter helse- og omsorgstjenesteloven §3-2. Det vil si; at man er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp. Det er eget skjema for søknad om Individuell plan (I.P). Flere opplysninger om tjenestetilbudet finner du på kommunens nettside: alta.kommune.no. Tjenesteområdet for Helse og sosial foretar en kartlegging og en faglig vurdering av dine ressurser og behov. Det fattes vedtak om helse- og omsorgstjenester.</p> <p>Du har rett til medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-1. Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for vurderingssamtale og innhenting av utfyllende opplysninger. Søknaden vil bli behandlet innen 4 uker. Dersom behandlingstiden blir lengre vil du få skriftlig beskjed om dette. Når du underskriver søknaden samtykker du i at Alta kommune behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen, innhenter nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus, innhenter inntektsopplysninger fra ligningsmyndigheter og NAV for de tjenester det kan kreves egenbetaling for. Samtykket kan trekkes tilbake. Dersom du tildeles trygghetsalarm samtykker du også til montering og demontering av elektronisk dørlås. Når tjenesten avsluttes vil din tidligere dørlås settes inn igjen.</p> <p>Noen tjenester har egenandel, andre er vederlagsfrie. Du vil bli nærmere informert om dette under behandlingen av søknaden. For at tjenestene skal ytes på en effektiv og forsvarlig måte forutsettes det at du medvirker så langt det er mulig. Det gjelder egen deltakelse, tilrettelegging av hjemmet og bruk av hjelpemidler og velferdsteknologi. Har du spørsmål vedrørende utfylling av skjema eller våre tjenester når du servicekontoret på 78 45 54 40.</p> <p><b>Postadresse: Alta kommune, Helse- og sosial, postboks 1383, 9506 Alta.</b>  <b>Besøksadresse: Alta Helsesenter, Markveien 29-32.</b></p>

Søkers underskrift		
Navn:	Sted:	Dato:
Eventuelt er søknaden utfylt med bistand fra		
Navn:	Sted:	Dato:
Relasjon til søker:		