



**Helse og omsorg, Båtsfjord kommune**  
Båtsfjord Helsecenter  
Helseveien 1, Postboks 620  
9991 Båtsfjord

Sendes til:

Båtsfjord kommune  
Helse og omsorg  
v/rådgiver  
Boks 620  
9991 BÅTSFJORD

### **SØKNADSSKJEMA FOR TJENESTER FRA HELSE OG OMSORG**

Unntatt offentlighet, jfr off.loven §5a Trenger du hjelp til utfylling av søknaden, kan du ta kontakt med saksbehandler på tlf 78 98 54 43

<b>Fødselsnummer:</b>	<b>Sivil status:</b>
<b>Navn:</b>	<b>Fastlege:</b>
<b>Adresse:</b>	
<b>Postnr./sted:</b>	<b>Telefon:</b>

Bor du alene? (sett kryss)     Ja     Nei

<b>Nærmeste pårørende (navn):</b>	<b>Slektsforhold /annen tilknytning:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Telefon:</b>

**Beskriv dine hjelpebehov og hvilke tjenester du mener du trenger (bruk eventuelt eget ark):**

Båtsfjord kommune har etter loven ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som:

- helsetjenester i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleie
- personlig assistanse, herunder hjemmehjelp/praktisk bistand og opplæring og støtte-/fritidskontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- brukerstyrt personlig assistanse (BPA)
  - omsorgsstønad
- avlastning
- rehabiliteringstiltak

Båtsfjord kommune har videre bestemt at følgende tjenester skal tilbys:

- dag-/aktivitetstilbud for hjemmeboende demente
- trygghetsalarm
- matombringing

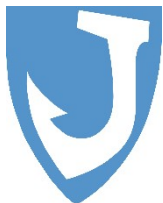
Helse- og omsorgstjenesten vil vurdere ditt hjelpebehov og avgjøre om du har rett til å få helse- og omsorgstjenester, hvilke helse- og omsorgstjenester og omfanget av disse.

Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk og for utfyllende opplysninger. Du vil få nærmere informasjon om saksgang og innhenting av opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden.

Hvis søknaden ikke kan behandles innen 14 dager, vil du få et foreløpig svar med orientering om når søknaden vil bli behandlet. Du kan klage på kommunens vedtak.

Jeg søker om helse- og omsorgstjenester fra Båtsfjord kommune

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



Båtsfjord kommune, Helse og omsorg

Helseveien 1, Postboks 602

9991 Båtsfjord

## Erklæring om samtykke til fritak fra taushetsplikt

Partens navn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

### Jeg samtykker til at sykepleier fra hjemmebasert omsorg/saksbehandler i helse og omsorg:

(Sett kryss i de boksene nedenfor som er aktuelle i den enkelte saken.)

behandler personopplysninger elektronisk journalsystem Cosdoc og formidler opplysninger til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen

- foretar IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) registreringer som journalføres i din elektroniske pasientjournal
- innhenter nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus
- innhenter inntektsopplysninger fra skatte-/likningsmyndighetene for de tjenester det kan kreves egenbetaling for

**Samtykke kan begrenses / trekkes tilbake**

\_\_\_\_\_.

### Hvem som har fylt ut samtykkeerklæringen (sett kryss):

Jeg har fylt ut denne erklæringen selv.

Min partsrepresentant (fullmektig eller verge), \_\_\_\_\_, har fylt ut erklæringen.

Jeg har fått hjelp til å fylle ut denne erklæringen av \_\_\_\_\_  
(navn og rollen vedkommende har; pårørende, saksbehandler eller andre).

### Grenser for fritaket fra taushetsplikt:

Samtykket gjelder fra \_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_.

Andre begrensninger (beskriv hvilke): \_\_\_\_\_.

Sted/dato: \_\_\_\_\_

Partens (evt. partsrepresentantens) signatur: \_\_\_\_\_