

Søknad om helse- og omsorgstjenester

unntatt off f.v.1 §13.1

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2 jmf helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3.

For ytterligere informasjon om de ulike tjenestene, se Sola kommunes hjemmeside/helse- og omsorg:

<http://www.sola.kommune.no>

Personlige opplysninger		
Navn (søker):	Person nr.(11 siffer):	
Adresse:	Postnr:	Sted:
Telefonnr:	Statsborgerskap:	Reg. i folkeregistret i hvilken kommune:
Sivilstatus: <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> gift/samboer <input type="checkbox"/> enke/-mann <input type="checkbox"/> skilt/separert		
Navn på ektefelle/samboer/partner:	Fødselsnr.(11 siffer):	Telefonnr:
Hovedpårørende:	Telefonnr:	
Tilknytning til søker:	Telefonnr:	
Adresse:		

Beskriv hva som er viktig for deg i forhold til helsetilstand og funksjonsnivåLegg ved opplysninger fra fastlege, spesialisthelsetjenesten eller andre som kan ha betydning for søknaden.
(Opplysningene må angi ICD10/ ICPC2 diagnose kode).**Opplysninger når du sist ble vurdert av helsepersonell**

Navn fastlege: Dato for siste legebesøk:

Navn på tannlege: Dato for siste tannlegebesøk:

Økonomiske forhold

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv | <input type="checkbox"/> Pensjon (alders-/uføre-) |
| <input type="checkbox"/> Sykepenger | <input type="checkbox"/> Økonomisk stønad(sosialhjelp) |
| <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger | <input type="checkbox"/> Annet, beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dagpenger | |

Andre ytelser fra NAV: Hjelpstønad, sats: _____ Grunnstønad, sats: _____

Bekreftelse

Journal og sensitive dokumenter blir oppbevart elektronisk på en forsvarlig måte og kan ikke slettes. Sola kommune er pålagt å sende inn anonymiserte opplysninger om deg og dine behov til et nasjonalt register kalt IPLOS/KPR.

Jeg bekrefter at de opplysningene som er gitt i søknaden er riktige og fullstendige, og er innforstått med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til avslag eller at søknaden avvises. Jeg plikter å informere kommunen dersom det skjer endringer i helsesituasjonen som kan ha betydning for søknaden.

Jeg er kjent med at søknaden og andre saksdokumenter vil bli lagret i kommunens elektroniske journalsystem. Jeg har rett til innsyn i saksdokumentene.

Fullmakt/samtykke til å innhente og dele opplysninger

Kommunen ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden og gi helsehjelp.

For å gi best mulig hjelp og behandling vil det være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs- og sosialtjenesten.

Jeg (omsorgstrengende) gir Tjeneste- og koordineringskontoret fullmakt til å innhente og dele de opplysningene som ansees som nødvendig for behandling av søknaden.

- Ja
 Nei

Sted:	Dato:	Søkers underskrift:
Eventuell signatur av verge / fullmaktsinnehaver:		

Det er den som trenger hjelp som skal underskrive skjema. Dersom andre undertegner skal skriftlig fullmakt vedlegges. Dersom den som søker ikke er i stand til å gi skriftlig fullmakt begrunnes dette nedenfor.