

Registrering (kun for kommunen)	 NEDRE EIKER KOMMUNE <i>Etat Helse og Omsorg</i>
Løpenummer: _____	
Dato: _____	
Jour.nr. _____ / _____	
Saksbeh. _____	EGENSØKNAD for pleie- rehabilitering og omsorgstjenester

Vennligst skriv tydelig Unntatt offentligheten jfr. offentlighetsloven § 5 a

TJENESTETYPER Kryss av for hvilke tjenester det søkes på

Lov om sosiale tjenester <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/opplæring (hjemmehjelp, personlig og private gjøremål, brukerstyrt personlig assistent) <input type="checkbox"/> Praktisk bistand til personlig stell <input type="checkbox"/> Avlastningstiltak <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Avlastningsopphold	Lov om helsetjenester i kommunen <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Psykiatrisk sykepleie <input type="checkbox"/> Fysioterapi <input type="checkbox"/> Tidsbegrenset opphold i institusjon * <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon * <input type="checkbox"/> Dag/Nattopphold * Se informasjon på baksiden	Ikke lovpålagte tjenester <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Mat (Varm mat/frokost) <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig * <input type="checkbox"/> Dag/arbeidstilbud til utviklingshemmede <input type="checkbox"/> Kommunal transportordning til arbeid <input type="checkbox"/> Hjelpemiddelvurdering <input type="checkbox"/> Ergoterapi
--	--	---

PERSONOPPLYSNINGER

Navn:		Når var du sist hos lege? Dato:	
Fødselsnr: (11 siffer)	Telefon/mobil tlf:	Hvilken fastlege bruker du?	
Gate:		Evt. annen lege:	
Poststed:		Når var du sist hos tannhelsepersonell? Dato:	
Sivilstand:	E-postadresse:	Bor du alene? Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Nærmeste pårørende:

Navn:	Slektsforhold:	
Gate:	Telefon privat:	Telefon arbeid:
Poststed:	Mobil tlf:	E-postadresse:

BAKGRUNN FOR SØKNADEN: Beskrivelse av egen situasjon:

Antall vedlegg:

Jeg samtykker til at det, i henhold til Forvaltningslovens § 17, første ledd, kan innhentes opplysninger om meg som er nødvendige for behandling av søknaden.	Samtykke Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
---	--

Sted og dato:	Underskrift:
---------------	--------------

Ferdig utfylt skjema returneres til Nedre Eiker kommune

INFORMASJON:

Behandling

Søknader blir behandlet i Tiltaksteam når alle nødvendige opplysninger er innhentet og saken er ferdig forberedt. Behandlingstiden vil derfor variere. Søker vil bli varslet dersom saken kan ta uforholdsmessig lang tid å behandle. Søker blir kontaktet hvis det er behov for flere opplysninger enn de som kommer frem i søknaden.

Alle opplysninger som benyttes i saksforberedelsen legges inn i vårt datasystem. Systemet er sikkerhetsgradert og alle opplysningene behandles konfidensielt og etter bestemmelse om taushetsplikt.

Vedlegg til søknad

For tildeling av langtidsplass i skjermet enhet for demente kreves legeerklæring som inneholde diagnosen Alzheimer/ aldersdemens.

For tildeling av bolig kreves eget skjema med tilleggsopplysninger om boforhold mm.

For tildeling av fysioterapi, kreves rekvisisjon fra lege.

Betaling for tjenester

Praktisk bistand til rengjøring, tidsbegrenset- og langtidsopphold i institusjon, dag- og nattopphold, trygghetsalarm, dagsenter og matombringing er betalingspliktige tjenester og det vil bli krevd vederlag for disse etter gjeldende forskrifter og bestemmelser.

Hjelp til utfylling

Dersom du har behov for hjelp til å fylle ut søknaden, kan du kontakte Bestillergruppa tlf. 32 23 25 00.

Søknaden sendes til:

Nedre Eiker kommune
Etat Helse og Omsorg
Rådhuset
3050 Mjøndalen