



## Søknadsskjema for helse- og omsorgstjenester

Opplysninger om søker/hjelpetrequende – bruk BLOKKBOKSTAVER			
Søkers navn:		Pers.nr:	
Adresse:		Sivilstatus:	
Gnr Bnr:		Telefon/mobil:	
Fastlege:		Telefon fastlege:	
Adresse fastlege/ legekontor:			
Språk:		Behov for tolk?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Nærmeste pårørende:	Adresse:	Telefon:	Mobil:	Tilknytning:
<b>Pårørende/foresatte:</b>				

Opplysninger om eventuell fullmektig eller verge		
<input type="checkbox"/> Søkeren har verge <input type="checkbox"/> Søkeren har fullmektig		
Navn på verge/fullmektig:		
Adresse:		
Relasjon til søker/hjelpetrequende:		
Telefon privat:	Telefon arbeid:	Mobil:



**Opplysninger om hjelpebehov**

**Beskriv med egne ord hva du trenger hjelp til (evt. legg ved vedlegg):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Beskriv årsaken til hjelpebehovet:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Fullmakt:**

Jeg gir med dette helse- og omsorgsavdelingen fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger for behandling av min søknad. **Fyll ut vedlagt ”Samtykkeerklæring”**

**Sted:** \_\_\_\_\_

**Dato underskrift:** \_\_\_\_\_

Søknaden sendes til:  
Sigdalsheimen, Holmenjordet 10  
3350 Prestfoss



## **Oversikt over tjenester i Sigdal kommune, helse- og omsorgstjenesten:**

- Hjemmesykepleie
- Psykisk helse og rustjeneste
- Praktisk bistand; opplæring dagliglivets gjøremål
- Praktisk bistand/hjemmehjelp: Hjelp til rengjøring, vask av tøy, handling
- Ambulerende vaktmester
- Brukerstyrt personlig assistent
- Tilkjørt middag
- Trygghetsalarm
- Omsorgstønad
- Fritidskontakt
- Ergoterapitjeneste
- Fysioterapitjeneste
- Dagsentertilbud
- Avlastning i institusjon
- Avlastning utenfor institusjon
- Dagopphold på Sigdalsheimen
- Nattopphold på Sigdalsheimen
- Korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og langtidsopphold på Sigdalsheimen
- Langtidsopphold i barnebolig
- Tilrettelagt bolig/boligtilbud
- Individuell plan
- Transporttjeneste for funksjonshemmede (eget søknadsskjema)
- Ledsagerbevis (eget søknadsskjema)
- Parkeringsbevis (eget søknadsskjema)



## **SAMTYKKEERKLÆRING, BARN OG UNGE UNDER 18 ÅR**

Barnets navn: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_

Aktuell problemstilling: \_\_\_\_\_

Jeg, \_\_\_\_\_ gir herved tillatelse til å innhente og videreformidle opplysninger som er nødvendig for å kunne bistå meg i forbindelse med oppfølging av mitt/vårt barn. Bare de opplysninger som er viktig for å avklare behov for tjenester skal utveksles jf. Forvaltingsloven § 13, taushetspliktbestemmelsene i Helse- og omsorgsloven § 12-1 og Helsepersonelloven §§ 21-25. Samme tillatelse gis til innhenting og videreformidling av opplysninger så lenge tjenester mottas iht. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det samtykkes i at kommunen kan innhente/videreformidle opplysninger fra/til (sett kryss, eventuelt spesifiser):

- \_\_\_\_\_ Skole/SFO \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Barnehage \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Helsestasjon/skolehelsetjenesten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Familievernkontor \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ PP- tjenesten/spesialpedagog \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Psykolog \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tjenester til funksjonshemmede \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Fysio-/Ergoterapeut \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Rehabiliteringstjenesten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Familie/pårørende \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Avdeling for psykisk helse \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Sykehus \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Barnevernstjeneste \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hjemmetjenesten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Fastlege \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ NAV \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Kontor/økonomiavdeling/inntektsopplysninger \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Koordinerende enhet:  
Under 18 år - representanter fra helsestasjonen, fysio/ ergoavdelingen,  
skole og tjenester til funksjonshemmede
- \_\_\_\_\_ Tverrfaglig samarbeidsteam
- \_\_\_\_\_ Representanter fra NAV, fastleger og avdeling psykisk helse
- \_\_\_\_\_ Andre \_\_\_\_\_

Samtykket er gitt frivillig og kan når som helst trekkes tilbake. Jeg er kjent med at opplysninger blir registrert elektronisk. Jeg er også kjent med at opplysninger kan bli brukt til statistikk etter at navn, personnummer og andre kjennetegn er fjernet.

Det kan ikke opprettes tverrfaglig samarbeid uten at dere som foresatte har gitt samtykke til dette. Samtykket skal være informert. Det innebærer at dere må være informert om, og ha forstått, hva et tverrfaglig samarbeid innebærer og hva samtykket vil innebære. Fra barn er 7 år har de rett til å si sin mening i saker som handler om dem.

I Barnelova §31, andre ledd står det:

*«Eit barn som er fylt sju år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkt, skal få informasjon og høve til å seie meininga si før det blir teke avgjerd om personlege forhold for barnet, mellom anna om foreldreansvaret, kvar barnet skal bu fast og samvær. Meininga til barnet skal bli vektlagt etter alder og modning. Når barnet er fylt 12 år, skal det leggjast stor vekt på kva barnet meiner.»*

Dette innebærer at barn fra 7 år så langt som mulig inkluderes i det tverrfaglige samarbeidet.

Tverrfaglig samarbeid forutsetter at flere personer/enheter kan utveksle nødvendig taushetsbelagt informasjon. Et samtykke innebærer at en gir samtykke til at navngitte tjenester/personer kan utveksle nødvendig informasjon, uten at det bes spesielt om tillatelse til det hver gang. Den som mottar taushetsbelagte opplysninger vil være underlagt taushetsplikt etter forvaltningslovens bestemmelser.

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

Underskrift: \_\_\_\_\_  
(Foresatt/foreldre, barn over 16 år)

I de tilfeller samtykkeskjema er gjennomgått med tjenesteyter:

Ansatt: \_\_\_\_\_

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