



## 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/<br>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
- Omsorgsstønad
- 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, VOKSNE OVER 18 ÅR**

Jeg, \_\_\_\_\_  
gir herved tillatelse til å innhente og videreformidle opplysninger som er nødvendig for å kunne bistå meg. 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 på linjen bak):

- \_\_\_\_\_ Skole \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ PPT/ PPOT \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Tjenester til funksjonshemmede \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Sigdalsheimen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Fysio-/Ergoterapeut \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Habiliteringstjenesten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Familie/pårørende \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Avdeling for psykisk helse \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Sykehus \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Barnevernstjeneste \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Psykolog \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Dagsenter/aktivitør/arbeidsleder \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Hjemmetjenesten \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Psykolog \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Fastlege \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ NAV \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Kontor/økonomiavdeling/inntektsopplysninger \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Koordinerende enhet:  
Over 18 år - representanter fra psykiatri, NAV, fysio/ergo avd.,  
hjemmetjenesten og tjenester til funksjonshemmede,
- \_\_\_\_\_ Tiltaksteam:  
Representanter fra hjemmetjenesten, fysioterapeut,  
ergoterapeut
- \_\_\_\_\_ Tverrfaglig samarbeidsteam  
Representanter fra NAV, fastleger og avdeling psykisk helse
- \_\_\_\_\_ Inntaksmøte, Sigdalsheimen/omsorgsboliger/dagsenter:  
Representanter fra hjemmetjenesten, Sigdalsheimen, fysioterapeut og  
ergoterapeut
- \_\_\_\_\_ 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.

Fylles ut ved søknad om trygghetsalarm:

Jeg gir Sigdal kommune tillatelse til å montere nøkkelboks ved installering av trygghetsalarm.

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

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

Når andre enn den som trenger tjenesten fyller ut søknadsskjema:

Jeg/vi \_\_\_\_\_ gir tillatelse til å utveksle  
nødvendig

informasjon vedrørende \_\_\_\_\_

født: \_\_\_\_\_ i kraft av min/vår rolle som verge

I de tilfeller samtykkeskjema er gjennomgått med tjenesteyter:

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

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