



LUNNER KOMMUNE

Tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester

Denne rubrikk skal kun nyttes ved søknad om avlastning eller omsorgslønn.

Søker/ omsorgsyter skriver eget navn, adr og tlf her øverst, mens det videre i søknaden er informasjon om omsorgsmottaker

Navn:

Adr:

Tlf:

Navn:		Fødselsnr.(11siffer)
Adresse:		Telefon privat
Postnr.:	Postadresse:	Telefon arbeid

Opplysninger

Alle opplysninger i dette skjema er nødvendig for behandling av søknaden.

Søknaden behandles konfidensielt.

Ved spørsmål og eller behov for hjelp til å fylle ut søknaden, kontakt Tildelingskontoret.

Telefon: 61 32 40 00

Du finner også informasjon på www.lunner.kommune.no under området Tildelingskontor

Sivilstand:

- Ugift Enke, enkemann, gjenlevende parter/samboer
 Gift, samboer, registrert partner

Boforhold:

- Alene Med barn Andre
 Med ektefelle/samboer Med søsken
 Med foreldre

Antall i husstanden: _____

- I enebolig Annet: _____
 I leilighet

Nærmeste pårørende / annen kontaktperson:

Navn:		Telefon privat:
Adresse:		Telefon arbeid:
Postnr:	Postadresse:	
Event. Slektskap:	Ektefelle/ samboers fødselsnr:	

Det søkes om: (sett kryss)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand til daglige gjøremål i eget hjem og eller opplæring i daglige gjøremål | <input type="checkbox"/> Dagopphold i sykehjemmet |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Korttidsopphold i sykehjemmet |
| <input type="checkbox"/> Dagsenter | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i sykehjemmet |
| <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig med bemanning |
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> Bistand fra kontor for psykisk helse |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse | <input type="checkbox"/> Trygdebolig |
| <input type="checkbox"/> TT kort, eget søknasskjema | <input type="checkbox"/> Parkeringsbevis, eget søknadsskjema |
| <input type="checkbox"/> Ledsagerbevis, husk passfoto | |

Avlastning:

- Utenfor institusjon (i privat hjem)
 I institusjon

Beskriv hvorfor du søker denne tjeneste:

Beskriv konkret hva du trenger hjelp til:

Opplysninger om din helse:

Sykdom:	
Gangfunksjon:	
Syn/ hørsel	
Sosial kontakt:	
Annet:	

Fast lege:

Navn:

Medisinske opplysninger fra fastlege MÅ vedlegges søknaden**Fullmakt fra søker:**

Jeg samtykker i:

- at kommunen innhenter opplysninger fra annet helsepersonell, trygdekontor og ligningskontor hvis det er nødvendig for behandling av min søknad
- at min søknad om tjenester vil bli behandlet tverrfaglig
- at opplysninger gitt i denne søknad blir registrert i IPLOS, som er et sentralt helseregister

Jeg har forståelse for punktene ovenfor.

_____ **den** _____**Søkers underskrift****Ved avlastning** for voksne, må vi be om underskrift av både:

Omsorgsyter: _____

Omsorgsmottaker: _____

Evt: **Hjelpeverge** **Foreldre****Sign:**

Dersom søknaden fremmes av hjelpeverge, må kopi av oppnevningbrev vedlegges

Søknaden sendes til:

Tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester

Lunner kommune

Sandsvegen 1

2740 Roa