



## Nissedal kommune

Eining for omsorg, helse- og habilitering.

	<b>Ikkje offentleg</b> Jamfør Lov om off. forvaltning § 13.
<b>Namn:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Postnummer :</b>	
<b>Poststad:</b>	
<b>Født:</b>	

### Søknadsskjema.

Det søkast om fylgjande tenester:

<b>Lov om sosiale tenester:</b>	<b>Lov om helsetenester i kommunane:</b>	<b>Andre tenester:</b>
<input type="checkbox"/> Støttekontakt	<input type="checkbox"/> Pleie og omsorg utafør institusjon.	<input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm.
<input type="checkbox"/> Avlasting utafør institusjon.	<input type="checkbox"/> Psykiatrisk helseteneste.	<input type="checkbox"/> Individuell plan.
<input type="checkbox"/> Avlasting i institusjon.	<input type="checkbox"/> Rehabilitering utafør institusjon.	<input type="checkbox"/> Aktivitetsopphald i Institusjon.
<input type="checkbox"/> Omsorgsløn.	<input type="checkbox"/> Langtidsopphald i Institusjon.	<input type="checkbox"/> Matombringing.
<input type="checkbox"/> Praktisk hjelp,opplæring.	<input type="checkbox"/> Korttidsopphald/ vurderingsopphald i institusjon.	<input type="checkbox"/> Parkeringskort for rørslehemma.
<input type="checkbox"/> Personleg assistent.	<input type="checkbox"/> Dagopphald i institusjon.	<input type="checkbox"/> Følgjekort.
<input type="checkbox"/> Praktisk hjelp, daglege gjeremål (heimhjelp).	<input type="checkbox"/> Tekniske hjelpemiddel.	<input type="checkbox"/> Mila aktivitetssenter
		<input type="checkbox"/> Eg er usikker på kva for tenester som er det rette for meg, og eg ber om ein samtale som kan kartlegge dette.

#### Personlege opplysingar:

Navn:		F.nr. ( 11 siffer )	
Adresse:		Postnr. / stad:	
Tlf. privat:		Tlf. mobil:	

#### Pårørande / verge:

Navn:		Tlf. privat:	Tlf. mobil:
Adresse:		Postnr. / stad:	
Tlf. privat:		Tlf. mobil:	
Tilhøve til søkjar:			



## Nissedal kommune

Eining for omsorg, helse- og habilitering.

### Beskriving av kvifor det søkast om overstående tenester:

**Betaling:** Betaling for korttids – langtidsopphald i institusjon skjer etter regler fastsett av Helse – og sosialdepartementet . Eigenbetaling for trygghetsalarm, matombringning og praktisk bistand skjer etter satser vedtatt av kommunestyret. Ved betaling for praktisk bistand vert husstandens samla inntekt lagt til grunn og likningsattest må leverast. Meir informasjon om betaling kan du få ved å henvende deg til Nissedal omsorgssenter, tlf. 350 – 48450.

### Søkar er frå før i kontakt med fylgjande instanser:

Andre kommunale tenester ( kva for tenester ):

.....  
Nav kontor

Fastlegenes navn : .....

Andre: .....

**Fullmakt:** Eg gjev med dette fylgjande person fullmakt til å representere meg i sakshandsaminga av denne søknaden:

Navn: ..... Tlf: ..... Tilknytning: .....

Søknaden vert behandla i tverrfagleg tiltaksteam som har møte kvar 14. dag. Medlemmer i tiltaksteamet er: Tilsynslege, institusjonsleiar, avd. leiar for heimetenesta, fysioterapeut og evt. anna avd. leiar som er aktuell for sakshandsaminga.

**Informasjon:** Meir informasjon kan du få ved å take kontakt med Nissedal omsorgssenter, tlf. 35 04 84 50.

Stad: ..... Dato: ..... Underskrift av søkjar: .....