Fauske kommune

SØKNAD OM INDIVIDUELL PLAN

Personalia	Etternavn:		Fornavn:		Fødselsnummer:
	Adresse:		Postnummer:		Poststed:
	Sivilstand:		**Bosituasjon:**		
	Gift/samboer: ☐	Ugift: ☐	Bor alene: ☐	Bor sammen med andre: ☐	Bor sammen med foreldre/foresatte: ☐
Søknaden gjelder	**Bakgrunn for søknad** **(beskriv behov for IP)**				
Fastlege	Diagnose:		Fastlege:		Tlf.:
Kontaktperson i hjelpeapparatet	**Hvilken koordinator har du ønske om/forslag til?**				
	Navn:		Tjenestested:		Tlf.:
Foreldre/pårørende/ foresatte	Etternavn:	Fornavn:	Etternavn:	Fornavn:	
	Adresse:	Postnr./Poststed:	Adresse:	Postnr./Poststed:	
	Tlf. privat:	Mobil:	Tlf. privat:	Mobil:	
Dersom andre har skrevet søknaden, hvem?	Fornavn:	Etternavn:	Telefon:		
	Adresse:	Postnr.:	Poststed:		
Underskrift/ fullmakt	**Jeg gir med dette fullmakt til å innhente de opplysninger som ansees nødvendig for behandling av søknaden.**				
	Sted/dato		Søkers underskrift		

Søknaden sendes til:

Fauske Kommune
Enhet helse
Postboks 226, 8201 Fauske