

Fauske kommune  
**Tildelingskontoret**  
Postboks 93  
8201 Fauske

## SØKNAD HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

### Å søke om helse- og omsorgstjenester

Søknad om helse- og omsorgstjenester er for deg som har behov for tjenester fra kommunen. Vurderingsgrunnlaget for hvilke tjenester vi kan tilby er basert på opplysningene i søknaden, og opplysninger Tildelingskontoret innhenter fra relevante systemer og annet helsepersonell slik som lege og sykehus. I de fleste tilfeller vil vi også gjennomføre et hjemmebesøk for kartlegging. For enkelte helse- og omsorgstjenester kommunen tilbyr, må du betale egenandel. Du vil få informasjon om dette hvis det blir aktuelt.

### Når barn er pårørende

Dersom den det søkes om tjenester til har mindreårige barn eller søsken, vil også disse barna være en del av kartleggingen i forbindelse med behandling av søknaden og iverksettelse av tjenester. Jf. Lov om helsepersonell § 10 a er kommunen forpliktet til å følge opp barn som er pårørende.

Du må legge ved signert fullmakt hvis du søker på vegne av noen du er pårørende til. Verge må legge ved vergemål fra Statsforvalteren.

### 1. PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM SØKER

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: (11 siffer) \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Sivilstand:  Gift    Samboer    Enke/enkemann    Ugift    Separert/skilt

Hjemkommune: \_\_\_\_\_

Morsmål: \_\_\_\_\_

Har du behov for tolk? Hvis ja, på hvilket språk? \_\_\_\_\_

Navn på evt. ektefelle/samboer: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

Har søker barn under 18 år som bor hos seg hele eller deler av tiden?  Nei    Ja

Hvis ja, oppgi alder på barn: \_\_\_\_\_

Har søker søsken under 18 år?  Nei  Ja (hvis Ja – oppgi alder): \_\_\_\_\_

## 2. NÆRMESTE PÅRØRENDE

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Slektsforhold/ tilknytning: \_\_\_\_\_

Denne personen kan samtykke/ medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv. Sett kryss hvis JA

## 3. FORESATTE (for barn under 18 år oppgis navn på begge foreldre/foresatte der begge har foreldreansvar)

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## 4. VERGE / FULLMEKTIG dersom aktuelt

- Søkeren har verge oppnevnt fra Statsforvalteren (kopi av vergemål vedlegges)
- Søkeren har fullmektig (kopi av fullmakt vedlegges)

**Dersom aktuelt**

Ønsker du at andre skal opptre på dine vegne, samt motta informasjon om saksbehandling og vedtak?  
Hvis JA, fyll ut:

Navn	Fødselsnummer
Adresse	
Telefon	E-post

(Det gjøres oppmerksom på at klage på vedtak krever fullmakt fra din representant. Dette gjelder også når din representant er nærmeste pårørende).

**5. FASTLEGE**

Navn på fastlege: \_\_\_\_\_

Legekantor: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**6. BESKRIV FUNKSJONSNIVÅ OG HJELPEBEHOV (bruk eget ark om nødvendig)**

Legg ved relevant dokumentasjon som belyser ditt hjelpebehov.



**7. SKAL DU SØKE OMSORGSSTØNAD?**

Mottar du hjelpestønad fra NAV?  Nei  Ja

Hvis JA, oppgi sats: \_\_\_\_\_

Hvis NEI må søknad om hjelpestønad leveres NAV

**8. UNDERSKRIFT**

Søknaden må være underskrevet av søker selv, verge eller fullmektig. Kopi av vergefullmakt eller fremtidsfullmakt vedlegges søknaden dersom dette ikke er gjort ved tidligere søknader.

**For søknader om tjenester til barn der foreldre har delt foreldreansvar, men ikke bor sammen**

Dersom kun den ene foreldrerer har underskrevet søknaden vil saksbehandler orientere den andre om at det er søkt om tjenester, og gi muligheter til å komme med relevant informasjon (gjelder ikke nødvendig helsehjelp).

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

Søkers underskrift: \_\_\_\_\_

Eventuell verge eller foresatte til barn: \_\_\_\_\_

**9. DERSOM ANDRE HAR FYLT UT SØKNADEN**

Søker er informert og har samtykket til henvendelsen

Sted/ dato:

Navn på forfatter av søknad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Fullmakt – helse- og omsorgstjenester

Navn på fullmaktsgiver (den som søker tjenester): \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

### Fullmakt til å innhente og dele opplysninger

Kommunen ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden din raskest mulig og for å kunne gi deg best mulig hjelp og behandling. For å gi deg forsvarlige tjenester, kan det være nødvendig for kommunens helse- og omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs-, sosial- og barneverntjeneste.

Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente og dele de opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden fra og/eller med følgende instans (kryss av):

- Fastlege
- Spesialist eller sykehus
- Helsestasjon
- Barnehage og/eller skole
- PPT
- Barneverntjenesten
- NAV
- Andre kommunale tjenesteområder

Gjelder søknaden en tjeneste som du skal betale for, kan kommunen også ha behov for å innhente opplysninger fra andre.

Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente opplysninger som er nødvendig for behandling av vedtak om egenbetaling for helse- og omsorgstjenester fra følgende (kryss av):

- NAV
- Skatteetaten

### Begrenset fullmakt

- Jeg gir kommunen begrenset fullmakt til å innhente og dele opplysninger om meg:

Jeg ønsker ikke at opplysninger innhentes fra:

Jeg ønsker ikke at opplysninger deles med:

Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

## Hvordan bruker vi personopplysningene dine?

Opplysningene skal registreres i journalen din og brukes til vurdering av hjelpebehovene dine, slik at du ved tildeling av tjenester får den hjelpen du har behov for. Bare de som trenger det i arbeidet sitt har tilgang til disse opplysningene. Alle ansatte i kommunen har taushetsplikt.

## Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

Noen av opplysningene vil bli registrert i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som gir grunnlag for planlegging og evaluering av helse- og omsorgstjenester. I registeret fjernes navn og adresseopplysninger. Du kan reservere deg mot at helseopplysninger om deg utleveres fra KPR sammen med fødselsnummer, eller mot utlevering av helseopplysninger til enkelte formål.

Logg inn på [helsenorge.no](https://helsenorge.no) for å reservere deg.

## Innsynsrett

Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har eller har hatt tilgang til disse. Du kan kreve at opplysninger blir rettet dersom de inneholder feil. Ønsker du at opplysninger om deg skal slettes, må vilkårene etter helsepersonellovens § 43 være oppfylt. Avslag på sletting kan påklages Statsforvalteren. Blir ikke opplysningene rettet eller slettet, kan du be om at din kommentar blir registrert sammen med opplysningene.

## Vil du vite mer?

Hvis du vil vite mer om rettighetene dine i forhold til innsamling og bruk av dine personlige opplysninger, kan du lese om personvernforordningen artikkel 13 på [lovdata.no](https://lovdata.no).

Direkte lenke til artikkelen: [Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\)](#)  
[Lovdata](#)

## Underskrift av fullmaktsgiver (den som søker tjenester)

---

Sted og dato

---

Underskrift