



Måsøy Kommune
Hjemmetjenesten
Søndregate 6
9690 Havøysund
Telefon: 78 42 41 42

SØKNAD OM
HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
E-post:
hjemmetjenesten@masoy.kommune.no
Behandles konfidensielt

Tjenesten gis etter Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24.06.2011.

DET SØKES OM (sett kryss)

TJENESTER:

- Helsehjelp i hjemmet (Hjemmesykepleie)
- ROP-tjeneste (rus og psykiatri)
- Praktisk bistand daglige gjøremål/hjemmehjelp
- Avlastningstiltak
- Brukerstyrt personlig assistent
- Omsorgslønn
- Trygghetsalarm
- Digitalt tilsyn
- Matombringing
- Støttekontakt
- Individuell plan
- Hverdagsmestring/Hverdagsrehabilitering

Boliger:

- Eldrebolig
- Omsorgsbolig
- Omsorgsbolig (rus og psykiatri)

INSTITUSJONSTJENESTER:

- Langtidsopphold i institusjon

Tidsbegrenset opphold institusjon

- Dagopphold
- Rehabilitering
- Avlastning
- Korttidsplass

Søker ønsker opphold følgende periode:

F.o.m. Uke..... t.o.m. Uke

SØKER

Navn:		Fødselsnr. (11 siffer):
Adresse:		Telefon:
Postnr:	Poststed:	E-post:
Sivilstatus:	<input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Separert/skilt <input type="checkbox"/> Enke/enkemann
Bostatus: Bor du alene?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Hvis nei: <input type="checkbox"/> Ektefelle/samboer <input type="checkbox"/> Barn <input type="checkbox"/> Andre
Nåværende boligforhold:	<input type="checkbox"/> Ordinær bolig	<input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Kommunal bolig
Har du omsorg for barn under 18 år? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		

ØKONOMISKE FORHOLD

- Alderspensjon Uførepensjon Annen inntekt Hjelpetønad NAV

NÆRMESTE PÅRØRENDE/KONTAKTPERSON

Navn:		Slektsforhold:
Adresse:		Telefon:
Postnr:	Poststed:	

SØKERS FASTLEGE

--

TILLEGG SOPPLYSNINGER
Opplysninger om diagnose: (legg gjerne ved legeopplysninger)
BEGRUNNELSE
Begrunnelse og bakgrunn for søknaden:

KOPI AV BREV/VEDTAK		
Ønsker du at det sendes kopi av brev/vedtak?: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Dersom ja, til hvem: Navn:	Adresse:	Telefon:

SAMTYKKE TIL Å INNHENTE OG UTVEKSELE NØDVENDIGE OPPLYSNINGER	
<p>I følge Forskrift om pasientjournal skal det opprettes journal for hver pasient. I Måsøy kommune har vi elektronisk pasientjournal. Du har rett til innsyn i din journal. Du kan reservere deg for at kommunen utveksler og deler dine helseopplysninger.</p> <p>Opplysninger fra deg vil bli brukt til pålagte rapporteringer til Helsedirektoratet, blant annet IPLOS-registeret. Du kan reservere deg mot at diagnoseopplysninger sendes IPLOS-registeret. (IPLOS = Individuell Pleie og Omsorgs Statistikk)</p>	
Fastlege/legekontor	Individuell plan
Spesialisthelsetjenesten/poliklinikk	NAV
Hjemmetjenesten	Skatteetaten (inntekt) søker/ektefelle/samboer
Barnevernstjenesten	Andre inntektsforhold søker/ektefelle/samboer
Tannhelsetjenesten	
Psykisk helse-og rustjenesten	

UNDERSKRIFT	
Det må foreligge fullmakt dersom andre enn deg selv skriver under på søknaden. Ved manglende samtykkekompetanse må det legges ved en erklæring fra lege.	
Dato:	Søkers underskrift:
Dato:	Ektefelle/samboers underskrift: (i forhold til samtykke inntektsopplysninger)