



**Levanger
kommune**

Triveligst i Trøndelag

Søknad om helse- og omsorgstjenester

Om søknaden
Søker
Om innsender <input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til meg selv <input type="checkbox"/> Jeg søker om tjenester til en person jeg er foresatt eller verge for <input type="checkbox"/> Jeg er en pårørende som søker om avlasting, omsorgsstønning eller informasjon og veiledning
Har du fått hjelp til å fylle ut søknaden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, av hvem?

Personopplysninger	
Personopplysninger - innsender	
Fødselsnummer	
Navn	
Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnr.	
Sivil status	
Sivil status <input type="checkbox"/> - Velg alternativ - <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Ugift/enslig	
Ektefelle/samboer	F.nr.
Personopplysninger - den som har behov for helse- og omsorgstjenester	
Fødselsnummer	
Navn	

Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnr.	
Sivil status <input type="checkbox"/> - Velg alternativ - <input type="checkbox"/> Gift/samboer <input type="checkbox"/> Enke/enkemann <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Ugift/enslig	
Ektefelle/samboer	F.nr.
Kontaktinformasjon til nærmeste pårørende	
Navn	
Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnr.	
Relasjon / slektsforhold	
Ønsker du at nærmeste pårørende skal ha kopi av brev som kommunen sender til deg?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, oppgi fødselsnummer, viktig at søker er informert og har gitt samtykk til deg som skal motta kopi	
Er du omsorgsyter for barn under 18 år?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Behov
Opplysninger om omsorgsbehov
Beskriv kort om behovet ditt

Funksjonsevne
Beskrivelse av funksjonsevne
Beskrivelse av funksjonsevne
Har du diagnose eller helsetilstand som i dag gir deg nedsatt funksjonsevne?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Beskriv diagnose/helsetilstand	
Har du hjelpemidler eller hjelpetiltak fra andre i dag?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, hvilke hjelpemidler eller hjelpe tiltak har du?	
Andre opplysninger	
Boforhold	
<input type="checkbox"/> Bor alene	<input type="checkbox"/> Bor sammen med andre
Hvordan er din bolig tilrettelagt?	
<input type="checkbox"/> Alt på "ei flate" <input type="checkbox"/> Dørterskeler <input type="checkbox"/> Trapper inne <input type="checkbox"/> Trapper inn til leilighet/hus	
Hvem bor du sammen med?	
Fastlege navn	tlf

Erklæring og vedlegg
Informasjon og samtykke
<input type="checkbox"/> Jeg gir med dette saksbehandler fullmakt til å innhente opplysninger som anses nødvendig for å behandle denne søknaden (for eksempel Fastlege / Spesialisthelsetjenesten / skole)
<input type="checkbox"/> Jeg er oppmerksom på at journalopplysninger vil bli behandlet tverrfaglig, og vil i den forbindelse tillate elektronisk meldingsutveksling.
Vedlegg
Vedlegg legges ved søknaden