



## Voss Kommune

Tildelingskontor for pleie og omsorgstenester  
Sjukehusvegen 15, 5704 Voss

Telefon 56521300

# Søknad om Støttekontakt

Navn: \_\_\_\_\_ F.nr. (11siffer) \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_  
Navn foreldre/pårørende: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Har du tidlegare hatt støttekontakt Ja  Nei  Evt. kor mange timar pr.veke ? \_\_\_\_\_

Kor mange timar søkjer du om pr. veke \_\_\_\_\_ timar.

Grunn for at du søkjer:

---

---

---

Kva tenkjer du er føremålet med støttekontakt?

---

---

---

I kva for aktivitetar tenkjer du støttekontakt kan vera til hjelp?

---

---

---

Andre opplysningar (t.d. kontakt med andre institusjonar):

---

---

---

Forslag til støttekontakt:

---

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift av søkjar / pårørende: \_\_\_\_\_