

**Voss Kommune**Tildelingskontor for pleie og omsorgstenester  
Sjukehusvegen 15, 5704 Voss

Telefon 56521300

**Søknad  
om  
pleie og omsorgstenester.****Handsama konfidensielt****Sett kryss for dei tenestene som det skal søkjast om**

<input type="checkbox"/> Helsehjelp i heimen (Heimesjukepleie/psykiatrisk sjukepleie)	<input type="checkbox"/> Langtidsopphald i institusjon (Sjukeheim)
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand til daglege gjeremål (Heimehjelp)	<input type="checkbox"/> Langtidsopphald i institusjon (Aldersheim)
<input type="checkbox"/> Husmorvikar	<input type="checkbox"/> Dagopphald i institusjon/dagavdeling
<input type="checkbox"/> Avlastning utanfor institusjon (Privat avlastning)	<b>Tidsavgrensa opphald i institusjon:</b>
<input type="checkbox"/> Dagsenter utanfor institusjon	<input type="checkbox"/> Korttidsopphald (Utgreiingsopphald)
<input type="checkbox"/> Omsorgsløn	<input type="checkbox"/> Vekselpleie
<input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm (Fyll ut tilleggsskjema)	<input type="checkbox"/> Rehabilitering
<input type="checkbox"/> Matombringing (Middag)	<input type="checkbox"/> Avlastning
<input type="checkbox"/> Brukarstyrt personleg assistent	<input type="checkbox"/> <b>Anna hjelp:</b> _____
<input type="checkbox"/> Rehabilitering utanfor institusjon	(f.eks.vurdering av ergoterapeut/fysioterapeut m.m)
<b>Mottek du andre tenester frå Kommunen:</b>	<b>Mottek du privat hjelp:</b>
Ja: _____ Nei: _____	Ja: _____ Nei: _____

<b>Namn på omsorgsyttar (Gjeld berre søknad på omsorgsløn)</b>	
Namn: _____	Fødselsnr. 11 siffer: _____

**Søkjjar (Namn på den som tek imot tenesta)**

Namn: _____		Fødselsnummer 11 siffer: _____
Adresse: _____		Telefon/mobiltelefon: _____
Postnr.: _____	Poststad: _____	E -post: _____
Sivilstatus: _____ <small>(Gift/ugift/samboar, enke/enkemann)</small>	Bur ålene: _____	Bur saman med andre: _____

**Nærmaste pårørende/kontaktperson/hjelpeverge/fullmektig**

Namn: _____		Slektsforhold: _____
Adresse: _____		Telefon: _____
Postnr.: _____	Poststad: _____	Personnr. ektefelle/samboar: _____

**Søkjars fastlege**

Namn: _____	Telefonnr.: _____
Siste time fastlege, dato: _____	Siste time tannlege, dato: _____

**Bruk av opplysningar til statistikk, IPLOS**

*Eg er gjort kjend med at pleie og omsorgstenesta kan kartlegge hjelpebehovet mitt som IPLOS-data, til bruk i anonymisert statistikk/rapport som kommunen er pliktig til å senda inn til staten kvart år.*

Sett kryss:	Ja _____	Nei _____	_____	_____
-------------	----------	-----------	-------	-------

**Grunngjeving for søknaden/tilleggsopplysningar, spesifiser kva hjelp du har trong for.**

**Opplysningar ved søknad om omsorgsløn**

Innvilga hjelpestønad frå NAV	Ja ___ Nei ___	Viss ja: Sats: _____	Kr. pr. mnd.:
-------------------------------	----------------	----------------------	---------------

**Noverande bustad/bustadtype**

<input type="checkbox"/> Vanleg bustad	<input type="checkbox"/> Leilegheit	<input type="checkbox"/> Omsorgsbustad	<input type="checkbox"/> Kommunal bustad
--	-------------------------------------	--	--

Storleik på bustaden (antall rom):

Etasje.:

Bad/Dusj i hovudetasje:  JA  Nei

Heis:  Ja  Nei

Er bustaden tilrettelagt for rørslehemma:

JA

Nei

Er bustaden uhensiktsmessig i forhold til din funksjon:

JA

Nei

Er noverande bustad vurdert i forhold til utbetring:

JA

Nei

**Andre forhold om bustaden du vil opplyse om ?**

**Samtykke til å henta inn naudsynte tilleggsopplysningar**

Legeopplysningar/diagnose

Nav

Epikrise frå sjukehus og spesialistar

inntektsforhold

Andre kommunale tenester/etatar

**Eg stadfestar hermed å ha fått informasjon om retten til å få utarbeid individuell plan, jamfør forskrift fastsett av Sosial- og helsedepartementet 8. juni 2001.  Ja  Nei**

**Dato**

**Underskrift/samtykke/stadfesting**