

**Søknad om helse- og omsorgstjenester**

**unntatt offentlighet**

Lørenskog kommune
Samhandling og forvaltning
Postboks 304

1471 Lørenskog

Telefon: 67 93 40 00

Epost: samforvalt@lorenskog.kommune.no

|  |
| --- |
| **Informasjon** |
| Lørenskog kommune har etter loven ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk og for utfyllende opplysninger. Lørenskog kommune vil vurdere dine hjelpebehov og avgjøre om du har rett til å få helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester, og omfanget av disse. Hvis søknaden ikke kan behandles innen 30 dager, vil du få et foreløpig svar med orientering om når søknaden vil bli behandlet. Trenger du hjelp til utfylling av skjemaet eller du ønsker mer informasjon om de ulike tjenestene, kan du  ta kontakt med Samhandling og forvaltning på telefon 67 93 40 00 eller på epost  samforvalt@lorenskog.kommune.no |
| **For at vi kan behandle din søknad, trenger vi opplysninger fra lege/spesialist., Relevante helseopplsyninger for din søknad må vedlegges søknaden.**  |
| **Opplysninger om søker** |
| Fødselsnummer: |
| Fornavn: | Etternavn |
| Adresse: |
| Postnr/sted |
| Telefon privat: | Mobil: |
| Epost-adresse: |
| Fastlege: Legesenter:Telefonnummer: |
| Sivilstand Gift  Ugift  Enke/enkemann  Samboer  Skilt |
| **Nærmeste pårørende :** |
| Fødselsnummer |
| Fornavn | Etternavn |
| Telefon privat/mobil |
| Relasjon til oppgitte person (ektefelle, samboer, barn, foresatt, verge): |
| **Verge** |
| Fødselsnummer |
| Fornavn | Etternavn |
| Telefon privat / mobil |
| **Vergefullmakt må vedlegges.** |
| **Må fylles ut ved søknad om omsorgsstønad** |
| Navn på omsorgsmottaker: | Fødselsnr. (11 siffer) |
| Er det søkt på hjelpestønad? | JA | Når? | Nei | **Hvis nei, vennligst søk først** |
| **Utfyllende opplysninger** |
| 1. Hvordan er hverdagen din? Kan du beskrive utfordringene dine og hvilke tanke du har rundt de?
2. Hvordan ser du for deg tiden fremover? Hva ønsker du å oppnå/mestre- hva er viktig for deg?
3. Andre opplysninger du mener er viktig at vi vet om når vi skal behandle søknaden din.
 |
| Tjenesteyter har bistått i utfylling av søknadsskjema.Avdeling:…………………………………………Navn:……………………………………………………. |
| **Samtykke:**  |
| Jeg samtykker i at pleie- og omsorgstjenesten innhenter aktuelle helseopplysninger fra fastlege/sykehus, samarbeidspartnere internt I kommunen, eksempelvis hjemmetjenesten, Bo- og omsorg, psykisk helse og rus, barenvern og Nav,  Ja  Nei  Begrenses til:……………………………………………………………………………………………………………………. |
| Når du underskriver samtykker du at Lørenskog kommune:● behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen● innhenter nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus/DPS● innhenter inntektsopplysninger fra skatte-/likningsmyndighetene for de tjenester det kan kreves egenbetaling forSamtykke kan begrenses / trekkes tilbake |
| **Signering** |
| Dato Underskrift |