

**Søknad om helse- og omsorgstjenester**

**unntatt offentlighet**

Lørenskog kommune
Fag og forvaltning
Postboks 304

1471 Lørenskog

Telefon: 67 93 46 01

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 Fag og forvaltning på telefon 67 93 46 01 eller på epost samforvalt@lorenskog.kommune.no |
| **For at vi kan behandle din søknad, trenger vi opplysninger fra lege/spesialist. Relevante helseopplysninger 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 og avlastningstiltak** |
| Navn på omsorgsmottaker: | Fødselsnr. (11 siffer) |
| Er det søkt på hjelpestønad? | JA | Når? | Nei | **Hvis nei, vennligst søk først** |
| **Utfyllende opplysninger** |
| 1. Hva klarer du i hverdagen? Hva klarer du ikke?
2. Det du ikke klarer selv – hva skal til at du mestrer det allikevel?
3. Andre opplysninger du mener er viktig.
 |
| Tjenesteyter har bistått i utfylling av søknadsskjema.Avdeling:…………………………………………Navn:……………………………………………………. |
| **Samtykke:**  |
| Jeg samtykker i at helse- og omsorgstjenesten innhenter aktuelle helseopplysninger fra fastlege/sykehus, avdelinger i kommunen du mottar tjenester fra samt barnevern og NAV.  Ja  Nei  Begrenses til:……………………………………………………………………………………………………………………. |
| Når du underskriver samtykker du at Lørenskog kommune:● behandler personopplysninger elektronisk● formidler opplysninger til kommunens saksbehandler og avdelingene som gir tjenester● innhenter nødvendige opplysninger fra ditt kjernejournal i forbindelse med din søknad● innhenter inntektsopplysninger fra skatte-/likningsmyndighetene for de tjenester det kreves egenbetaling forSamtykke omfatter ikke: …………………………………………………………………. (Din samtykke kan alltid trekkes tilbake. Bare gi oss beskjed.) |
| **Signering** |
| Dato Underskrift |