**Unntatt offentlighet** etter offentlighetsloven § 13 og forvaltningslovens § 13.   
*Søknaden sendes til Storfjord kommune, Hatteng, 9046 Oteren.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Opplysninger om søker** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fødsels- og pers.nr: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse: | | | |  | | | | | | | | | Postnr: | | | | | |  | | | | | Sted | | | | | |  | | | | | | | |
| Mobil: | | | |  | | | | | | | | | Tlf. arb.: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  |
| **2. Nærmeste pårørende/hjelpeverge** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | | | |  | | | | | | | Postnr/sted: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | | | | |  | | | | | | | Mobil: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Relasjon til søker: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hjelpeverge: | | | | | | | | | Ja | | Nei | | | | *Ved oppnevnt hjelpeverge, legg ved dokumentasjon.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn på hjelpeverge: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Denne personen kan samtykke på vegne av meg om jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | Nei | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Fastlege** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Telefon: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Postnr/sted: | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **4. Fullmakt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeg gir med dette Storfjord Kommune fullmakt til å innhente de opplysninger som anses relevante og nødvendige for behandling av søknaden min. Det kan være opplysninger fra min fastlege, sykehus, NAV, ligningskontor eller andre offentlige instanser. Fullmakten varer så lenge jeg mottar tjenesten. Den er gitt frivillig og kan når som helst trekkes tilbake. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeg reserverer meg mot at informasjon innhentes fra: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **5. Kort begrunnelse for søknaden:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **6. Tjenester det søkes om (sett x)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidstrening | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Matombringing | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Avlastning utenfor institusjon | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Omsorgsbolig i Skibotn | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Avlastning i institusjon | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Omsorgsbolig på Åsen | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Brukerstyrt personlig assistent (BPA) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Omsorgslønn | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Dag- eller nattopphold - sykehjem | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Praktisk bistand (hjemmehjelp) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Dagsenter | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Psykisk helsearbeid | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Fritidskontakt | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Rusfaglig oppfølging | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Helsehjelp i hjemmet (hjemmesykepleie) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Tekniske hjelpemidler | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Individuell plan (IP) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Trygghetsalarm | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Korttidsopphold sykehjem | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Annet: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Langtidsopphold - sykehjem | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **7. Omsorgsyter** | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| *Dersom du søker på omsorgslønn har vi behov for informasjon om hvem som er omsorgsyter i dag.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | |  | | | | | | | | | | | | | Adresse: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Fødselsnr.: | | | |  | | | | | | | | | | | | | Telefon: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Omsorgsyters tilknytning/slektsforhold til omsorgsmottaker: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **8. Økonomisk situasjon** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yrkesaktiv  Hjemmeværende uten inntekt  Pensjon  Pensjon utover NAV: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | Uføretrygd  Hjelpestønad  Grunnstønad  Annen inntekt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Søkers samlede inntekt: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ektefelle/samboers navn: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ektefelle/samboers samlede inntekt: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | |
| **9. Tannbehandling** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pasienter/brukere som har mottatt helsehjelp i hjemmet i minst tre måneder har rett til gratis tannbehandling. De samme rettigheter har beboere i institusjon samt brukere knyttet til rus/psykisk helse. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeg ønsker at tjenesten skal oppgi mitt navn til tannklinikken | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ja | | | | | | | Nei | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **10. Forpliktende signaturer** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sted/dato** | | | | |  | **Søkers signatur** | | | | | | | | | |  | | | **Sted/dato** | | | | | | | | | |  | | **Pårørendes signatur** | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | | |
| **Dersom egensøknaden er fylt ut på vegne av søker:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Navn | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon: | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Generelt om saksbehandlingen** |
| Kommunen har ansvar for å yte nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Tjenesten skal ytes etter individuelle behov. Med denne egensøknaden kan du beskrive dine behov for hjelp. Opplysningene vil ligge til grunn for behandlingen og vurderingen av søknaden. Be gjerne kommunen om hjelp til utfylling av søknaden. Noen tjenester har egenandel, andre er vederlagsfrie (gratis). Vi vil etter mottatt søknad ta kontakt for å utrede saken videre.  Søknaden vil bli behandlet av saksbehandler. Søknaden kan også bli diskutert i etatens vedtaksteam. |
| Opplysningene du gir behandles fortrolig. Du har rett til reservasjon mot innhenting av personlige opplysninger. Du har rett til innsyn i saksdokumentene, rett til å få tilføyd mangler og rett til å få feil slettet. **Vedtak som fattes, kan påklages.** |
| I følge pasientjournalforskriften skal det opprettes journal for hver enkelt pasient/bruker. I Storfjord kommune har vi elektronisk pasientjournal (EPJ). Siden kommunen er forpliktet til å føre journal vil du ikke kunne reservere deg mot at slik journal opprettes, men du kan be om at enkelte ansatte ikke skal gis tilgang til din journal. |
| Noen av opplysningene vil bli innhentet etter en standard som er utviklet av Helsedirektoratet (IPLOS). Denne består av systematisert og nødvendig informasjon om din situasjon og helsetilstand. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kontaktinformasjon:** | | | |
| **Storfjord kommune**  Hatteng  9046 Oteren  Tlf: 77 21 28 00 | **Forebyggende tjeneste**  Hatteng  9046 Oteren  Tlf: 77 21 28 00 | **PU/Valmuen**  Valmuen verksted, 9046 Oteren  Tlf: 777 14 833  Tlf: 777 14 930 | **Sykehjemsavdelingen**  Åsen omsorgssenter  9046 Oteren  Tlf: 777 14 788 |