

SØKNADSSKJEMA – TJENESTER

Navn	Født
Adresse	Tlf. nr.

MELDING OM BEHOV
(sett kryss for aktuelt hjelpebehov)

HJEMMETJENESTER		BEHANDLING/AVLASTNING		DAGTILBUD OG ANNET	
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	Behandlingsplass - korttid	<input type="checkbox"/>	Dagtilbud/-aktivitet	<input type="checkbox"/>
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	Behandlingsplass – langtid	<input type="checkbox"/>	Støttekontakt	<input type="checkbox"/>
Psykiatrisk sykepleie	<input type="checkbox"/>	Rehabiliteringsplass	<input type="checkbox"/>	Besøkshjem/avlastning	<input type="checkbox"/>
Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/>	Avlastningsplass	<input type="checkbox"/>	Omsorgslønn	<input type="checkbox"/>
Middagsombringing	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Trygdebolig	<input type="checkbox"/>
Personlig assistent	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Leilighet Bofellesskap	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ledsagerbevis	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Individuell plan	<input type="checkbox"/>

BEGRUNNELSE

FULLMAKT

Jeg gir med dette fullmakt til å innhente de opplysninger som anses nødvendig for å avgjøre søknaden.

Dato: _____ Underskrift: _____

Begrunnelse skrevet av (dersom ikke av søker):

_____ Dato Søkers underskrift

Nærmeste pårørende:	Telefon privat/jobb	Mobil tlf.