



FROSTA KOMMUNE

ENHET FOR PLEIE OG OMSORG

Unntatt offentlighet §5a Off.lov.

SØKNAD OM TJENESTER I PLEIE OG OMSORG

SØKNAD OM :

- | | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Korttidsplass | <input type="checkbox"/> | Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> | Administrasjon av medisin | <input type="checkbox"/> |
| Langtidsplass | <input type="checkbox"/> | Hjemmesykepleie: | <input type="checkbox"/> | Avlastning barn og unge | <input type="checkbox"/> |
| Dagplass | <input type="checkbox"/> | Matombringing | <input type="checkbox"/> | Støttekontakt | <input type="checkbox"/> |
| Dagsenter | <input type="checkbox"/> | Omsorgslønn | <input type="checkbox"/> | Vaktmestertjeneste | <input type="checkbox"/> |
| Omsorgsbolig | <input type="checkbox"/> | Trygghetsvarsler | <input type="checkbox"/> | Psykiatrisk spesialtjeneste | <input type="checkbox"/> |
- Annet: Spesifiser:

Opplysning om søker:

Navn	Telefon
Adresse	Personnr:
Sivilstand <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift / samboer <input type="checkbox"/> Enke / enkemann <input type="checkbox"/> Skilt / separert	
Ektefelle / samboer : Navn : _____ Telefon: _____	
Husstand <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med noen	Tilrettelagt bolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Får privat ikke betalt hjelp <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, inntil 3 t/uke <input type="checkbox"/> Ja, inntil 9 t/uke <input type="checkbox"/> Ja, over 9 t/uke	
Boligtype <input type="checkbox"/> Ordinær bolig <input type="checkbox"/> Kommunal bolig <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Sykeheim <input type="checkbox"/> Annen institusjon <input type="checkbox"/> UFB	
Nærmeste pårørende:	
Navn:	Slektsforhold:
Adresse:	Tlf:
Fastlege:	Tlf:
Begrunnelse for søknaden, eventuelt omfang av tjenesten ?	

- Jeg gir administrasjonen fullmakt til å innhente opplysninger fra behandlende lege og andre tjenesteytere som er nødvendig for å avgjøre søknaden.
- Jeg samtykker i at personopplysninger registreres i en pasientjournal.
- Jeg gir administrasjonen fullmakt til å innhente opplysninger fra likningsmyndighetene, NAV eller pensjonsordninger, når dette er aktuelt.

Dato _____ Underskrift _____

Søknaden sendes Frosta kommune, Enhet for pleie og omsorg, Frostatunet, 7633 Frosta

Adresse:	Telefon	Telefax:	Postgiro:	Bankgiro:	Org.nr.:
Frostatunet 7633 Frosta	74 80 89 00	74 80 89 10	0804 5921507	4459 06 00099	944 482 253