

HAMARØY KOMMUNE**Søknadsskjema – Helse- og sosialtjenester**

Utfylt skjema sendes: Hjemmetjenester Hamarøy kommune v/ Inntaksnemnda,
8294 Hamarøy

Vennligst skriv tydelig

Unntatt offentlighet jfr. Offentlighetsloven § 13

TJENESTETYPEN:**Hjemmetjenester**

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Personlig Assistent | <input type="checkbox"/> Psykisk Helsevern |
| <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> Nøkkelsboks |
| <input type="checkbox"/> Omsorgslønn | <input type="checkbox"/> Individuell plan | |
| <input type="checkbox"/> Matlevering | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig | |

Institusjon

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Korttidsopphold | <input type="checkbox"/> Avlastningsopphold | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold |
|--|---|--|

PERSONOPPLYSNINGER:

Navn:	Født:
Adresse:	Telefon:
Sivilstand:	Bor alene: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Nærmeste pårørende:	
Adresse:	Telefon

BAKGRUNN FOR SØKNADEN:**Din vurdering og behov for tjenester.****Fast lege:****Samtykkeerklæring:**

Jeg samtykker i at leder for Inntaksnemda kan innhente de helsemessige opplysninger om meg som ansees nødvendige i forhold til de tjenester jeg søker om

Signatur:

Informasjon om søknadsbehandlingen:

Søknader som gjelder tjenester utenom institusjon behandles direkte i hjemmetjenesten, også der gjøres det vedtak om innvilgelse eller avslag på tjeneste. Behandlingstiden varierer etter hva det bli søkt om.

Nærmere beskrivelse (serviceerklæring) av de enkelte tjenester ligger på kommunens hjemmeside, eller kan fås ved direkte henvendelse til omsorgstjenesten.

Sted, dato:

Signatur:

ENDRING AV VEDTAK – HELSE OG SOSIALTJENESTER Hjemmesykepleie Hjemmehjelp Omsorgslønn Matlevering Personlig assistent**Sted/dato:****Signatur:**