



## Søknadsskjema helse- og omsorgstjenester

### Generell info

- Kommunen er ansvarlig for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunene, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3. Tjenesten gis etter individuelle behov.
- Med denne blanketten kan du på en enkel måte 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.

### Økonomi

- En del tjenester har egenandel. Hvilke betalingsseter og egenandeler som gjelder får du vite ved å kontakte kommunen. Helse- og omsorgsetaten innhenter nødvendige opplysninger for beregning av egenandel.

### Informasjon om saksbehandling

- Opplysningene i søknaden vil ligge til grunn for behandling av søknaden.
- Opplysningene du gir behandles fortrolig.
- Du har rett til innsyn i saksdokumentene, rett til å få tilføyd mangler, og rett til å få feil slettet. Vedtaket som fattes, kan påklages.
- Du har rett til reservasjon mot innhenting av personlige opplysninger.

### Journal

- Ifølge forskrift om pasientjournal skal det opprettes journal for hver pasient. I Karlsøy kommune har vi elektronisk pasientjournal (EPJ). Siden kommunen er forpliktet til å føre journal kan du ikke reservere deg mot at slik journal opprettes, men du kan be om at enkelte ansatte ikke gis tilgang til din journal.
- Alle landets kommuner skal ha IPLOS som standardisert verktøy for dokumentasjon, rapport og statistikker for kommuner og sentrale myndigheter. Alle personopplysninger blir anonymisert ved oversendelse til sentrale registre. Se egne informasjonsbrosjyrer om dette.

#### Skjemaet sendes til:

Karlsøy kommune  
Helse- og omsorgsetaten  
Rådhusveien 41  
9130 Hansnes

# SØKNAD

## 1. Personalia

Navn:	
Adresse:	
Fødselsnr (11 siffer):	Telefon:
Hjemkommune:	Statsborgerskap:
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift/ registrert partner <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enke/ Enkemann <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Separert/ Skilt	
Barn under 18 år som bor hos deg/ du har samvær med: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvis ja – oppgi alder)	
Har søker søsken under 18 år? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja (hvis ja – oppgi alder)	
Navn på evt. Ektefelle/samboer:	
Fødselsnr (11 siffer):	Telefon:

## 2. Nærmeste pårørende

Navn:	
Adresse:	
Fødselsnr (11 siffer):	Telefon:
Slektsforhold:	
Denne personen kan samtykke/ medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv. Sett x /kryss) hvis ja <input type="checkbox"/>	

## 3. Verge (for barn under 18 år oppgis navn på begge foreldrene/ foresatte der begge har foreldreansvar)

Navn:	
Adresse:	
Fødselsnr (11 siffer):	Telefon:
Navn:	
Adresse:	
Fødselsnr (11 siffer):	Telefon:

#### 4. Fastlege

Navn:	
Legekantor:	Telefon:

#### 5. Tjenester det søkes om (sett x)

<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Matombringning
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Psykisk helse- og rustjeneste
<input type="checkbox"/> Dagsenter	<input type="checkbox"/> Individuell plan
<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	<input type="checkbox"/> Omsorgsstønad
<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon	<input type="checkbox"/> Kreftsykepleie
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold i institusjon	<input type="checkbox"/> Støttekontakt
<input type="checkbox"/> Omsorgsbolig	<input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent
<input type="checkbox"/> Bo- og Servicesenter (Vannøy)	<input type="checkbox"/> Annet(spesifiser)
<input type="checkbox"/> Bolig for psykisk- og fysisk funksjonshemmede	

#### 6. Beskriv hjelpebehov og funksjonsnivå (bruk eget ark om nødvendig)

Legg ved relevant dokumentasjon som belyser ditt hjelpebehov:

#### 7. Økonomisk situasjon

Yrkesaktiv  Alderstrygd/ annen inntekt  Uføretrygdet  Annet  Hjemmeværende uten inntekt

Mottar du hjelpestønad fra folketrygden?  Nei  Ja

Hvis ja, oppgi sats:

## 8. Har du kontakt med, eller mottar du andre offentlige tjenester i dag?

(f.eks UNN, Nav, PPT, boligkontoret, barnevernstjenesten, flyktningetjenesten eller andre)

Nei  Ja, spesifiser hvilke:

## 9. Underskrift og fullmakt til innhenting av opplysninger

Hensikten med å innhente opplysninger er å utforme et best mulig tjenestetilbud til deg.

Søknaden behandles ut fra de opplysninger som foreligger og innhentes.

Reservasjon mot innhenting av opplysninger kan medføre mangelfullt beslutningsgrunnlag og svar på søknaden kan avhenge av dette.

Jeg gir med dette helse- og omsorgstjenesten i Karlsøy kommune, fullmakt til å innhente de opplysninger som anses relevante for behandlingen av søknaden og gir fullmakt til at opplysningene kan lagres i kommunalt journalsystem. Samtykke gjelder følgende instanser; Fastlege, sykehus, NAV og likningskontor. Jeg gir saksbehandler innsyn i min journal i forbindelse med saksbehandling av min søknad.

Som søker kan du reservere deg mot innhenting av slike opplysninger. Hvis du ønsker å reservere deg, skriv her de instanser reservasjonen gjelder for. (Slik reservasjon kan eksempelvis gjelde fra fastlege, sykehus, sosialetat, trygdekontor, likningskontor og lignende). Jeg reserverer meg imot at informasjon kan innhentes fra:

\_\_\_\_\_

Søknaden må være underskrevet av søkeren selv, verge eller fullmektig. Kopi av fullmakt/vergeoppnevning vedlegges søknaden dersom dette ikke er gjort ved tidligere søknader.

\_\_\_\_\_

Sted/ dato

\_\_\_\_\_

Søkers underskrift

evt verge/foresatte til barn

**Dersom andre har hjulpet søker med utfylling av skjemaet, oppgi navn, tilknytning og tlf:**

Navn:

Telefon:

Tilknytning: