



Informasjon om den det søkes tjenester til				
Navn		F.nr 11 siffer		
Adresse		Tlf. hjem		
Postnr. /Sted		Tlf. mobil		
Sivil status		Omsorg for/bor sammen med mindreårige barn	Ja	Nei
Nasjonalitet		Språk		
		Behov for tolk	Ja	Nei

Fastlege			
Navn		Legekantor	
Nærmeste pårørende / foresatte / foreldre 1			
Navn		Slektsforhold/ Relasjon	
Adresse		Tlf. hjem	
Postnr. /Sted		Tlf. mobil	
Verge / foresatte / foreldre 2			
Navn		Relasjon til søker	
Adresse		Tlf. hjem	
Postnr. /Sted		Tlf. mobil	

Det søkes om: (kryss av)	
Tjenester i hjemmet	
<input type="checkbox"/>	Praktisk bistand
<input type="checkbox"/>	Praktisk bistand og opplæring
<input type="checkbox"/>	Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/>	Middagsombringning
<input type="checkbox"/>	Vaskeritjenester
<input type="checkbox"/>	Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
<input type="checkbox"/>	Hjemmesykepleie
<input type="checkbox"/>	Kreftkoordinator
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Psykisk helsetjeneste -også aktivitetstilbud
<input type="checkbox"/>	Rusomsorg
<input type="checkbox"/>	

Ved spørsmål om utfylling av søknadsskjema ta kontakt med servicetorget i Bamble kommune på tlf. 35 96 50 00

Opphold i institusjon	
<input type="checkbox"/>	Korttid
<input type="checkbox"/>	Rehabilitering
<input type="checkbox"/>	Langtid
<input type="checkbox"/>	Lindrende
Avlastende tiltak:	
<input type="checkbox"/>	Avlastningsopphold Bamble helsehus
<input type="checkbox"/>	Avlastning Rugtvedt avlastningsbolig (barn og unge)
<input type="checkbox"/>	Avlastning privat*
Dagtilbud	
<input type="checkbox"/>	Nustad gård dag og aktivitetssenter
<input type="checkbox"/>	Bamble helsehus dagavdeling

Omsorgsbolig	
<input type="checkbox"/>	Bolig
<input type="checkbox"/>	Bolig med heldøgns tjenester
Merknad:	
Andre tjenester	
<input type="checkbox"/>	Støttekontakt / fritid med bistand *
<input type="checkbox"/>	Omsorgslønn * og **
<input type="checkbox"/>	Koordinator
<input type="checkbox"/>	Individuell plan
<input type="checkbox"/>	Habilitering
Annet:	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

* Opplysninger om den som eventuelt ønskes som støttekontakt, privat avlaster eller omsorgsyter.

Navn: _____ fødselsnr _____ Tlf. _____

**** Ved søknad om omsorgslønn er det en forutsetning at det er søkt NAV om hjelpestønad:**

Er det søkt hjelpestønad?	Nei		Ja		
Hvis ja - er hjelpestønad innvilget?	Nei		Ja		Hvis JA Sats:
Diagnose(r)					
Lege/ Spesialist erklæring vedlagt					
Helsetilstand og begrunnelse for søknaden:					

«Fullmakt – Helse og omsorgstjenester» må være utfyllt og ligge ved søknaden	
Vedlegg:	

Søkerens / Verges / foresattes underskrift:

Sted:	Dato:	Underskrift:

Søknaden med fullmakt skjema sendes Bamble kommune, Pb. 80, 3993 Langesund



Fullmakt - Helse- og omsorgstjenester

Opplysninger om den omsorgstrengende (fullmaktsgiveren)			
Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil
Adresse	Postnr.	Poststed	E-postadresse

Fullmakt til å innhente opplysninger
<p>Kommunen ber om opplysninger om deg for å kunne behandle søknaden din raskest mulig og for å kunne gi deg best mulig hjelp og behandling. I tillegg til det du selv oppgir i søknaden, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra:</p> <ul style="list-style-type: none">- pårørende- helsepersonell- andre enheter i kommunen- sykehus- bank <p>Gjelder søknaden en tjeneste som du skal betale for, kan kommunen ha behov for å innhente opplysninger fra:</p> <ul style="list-style-type: none">- Skatteetaten- NAV <p>Er du gift eller samboer, kan det også være nødvendig å hente inn opplysninger om din ektefelle/samboer.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden. Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.</p>

Fullmakt til å dele opplysninger
<p>For å gi deg best mulig hjelp og behandling, kan det være nødvendig for kommunens omsorgstjeneste å dele opplysninger om deg med annet relevant personell i helse-, omsorgs-, sosial- og barneverntjeneste.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen fullmakt til å dele opplysninger om meg med annet relevant personell når dette anses nødvendig.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg gir kommunen en betinget fullmakt til å dele opplysninger om meg. Under har jeg angitt hvilke instanser jeg ikke ønsker mine opplysninger delt med.</p> <p>Jeg ønsker ikke at opplysninger om meg skal bli delt med:</p> <p>Fullmakten varer så lenge du mottar tjenesten, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.</p>

Hva blir lagret av personlige opplysninger?
<p>Kommunen vil lagre opplysninger fra søknaden og saksbehandlingen i et databasert system. Bare de personene som skal hjelpe deg, får tilgang til opplysninger om deg. De får bare vite det de trenger for å utføre sitt arbeid og har plikt til ikke å gi opplysninger videre til andre.</p> <p>Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)</p> <p>Noen av opplysningene vil bli registrert i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) som gir grunnlag for planlegging og evaluering av helse- og omsorgstjenester. I registeret fjernes navn og adresseopplysninger. Du kan reservere deg mot at opplysninger som er registrert om deg i KPR-registeret blir utlevert (se forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR))</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg ønsker å benytte min reservasjonsrett etter forskriftens § 2-2</p> <p>Innsynsrett</p> <p>Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har eller har hatt tilgang til disse. Du kan kreve at opplysninger blir rettet dersom de inneholder feil. Ønsker du at opplysninger om deg skal slettes, må Datatilsynet behandle saken. Henvend deg til lederen for kommunens helse- og omsorgstjeneste dersom du ønsker innsyn i, retting eller sletting av opplysninger. Bli ikke opplysningene rettet eller slettet, kan du be om at din kommentar blir registrert sammen med opplysningene.</p>

Fullmakt til å søke på mine vegne			
Jeg gir fullmakt til å søke kommunen om helse- og omsorgstjenester på mine vegne til fullmektig som nevnt under.			
Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil
Adresse	Postnr.	Poststed	E-postadresse

Underskrift av den omsorgstrengende (fullmaktsgiveren)	
Sted	Underskrift
Dato	