



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

Fastlege			
Navn		Legekontor	
Nærmeste pårørende			
Navn		Slektsforhold/ Relasjon	
Adresse		Tlf. hjem	
Postnr. /Sted		Tlf. mobil	
Verge:			
Navn			
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"/>	Middagsombringing
<input type="checkbox"/>	Vaskeritjenester
<input type="checkbox"/>	Brukerstyrt personlig assistent (BPA)
<input type="checkbox"/>	Hjemmesykepleie
<input type="checkbox"/>	Kreftkoordinator
<input type="checkbox"/>	Psykisk helsetjeneste
<input type="checkbox"/>	Rusomsorg
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

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
<input type="checkbox"/>	Avlastning utenfor institusjon/privat
Dagtilbud	
<input type="checkbox"/>	Nustad gård dag og aktivitetssenter
<input type="checkbox"/>	Bamble helsehus dagavdeling
<input type="checkbox"/>	Aktivitet psykisk helsehjelp

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

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

Er det søkt hjelpestønad?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
---------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------

--

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.</p> <p>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>Statistikk</p> <p>Noen av opplysningene blir registrert etter en egen standard og sendt til et sentralt register kalt IPLOS. Registeret brukes til statistikk og forskning. I registeret fjernes navn, adresse og fødselsnummer slik at ingen kan kjenne igjen deg og dine helseopplysninger. Du kan reservere deg mot at diagnoseopplysninger sendes til IPLOS-registeret.</p> <p><input type="checkbox"/> Jeg reserverer meg mot at diagnoseopplysninger registreres i IPLOS-registeret</p> <p>Innsynsrett</p> <p>Du har rett til å få vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg og hvem som har hatt tilgang til disse. Du kan også kreve at opplysninger blir rettet, slettet eller sperret dersom de inneholder feil eller du opplever dem som sterkt belastende. Henvend deg til lederen for kommunens helse- og omsorgstjeneste dersom du ønsker slikt innsyn eller vil endre de registrerte opplysningene.</p>

Fullmakt til å søke på mine vegne								
<p><input type="checkbox"/> Jeg gir fullmakt til å søke kommunen om helse- og omsorgstjenester på mine vegne til fullmektig som nevnt under.</p>								
<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Etternavn</td> <td>Fornavn/mellomnavn</td> <td>Fødselsnr. (11 siffer)</td> <td>Telefon/mobil</td> </tr> <tr> <td>Adresse</td> <td>Postnr. Poststed</td> <td colspan="2">E-postadresse</td> </tr> </tbody> </table>	Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil	Adresse	Postnr. Poststed	E-postadresse	
Etternavn	Fornavn/mellomnavn	Fødselsnr. (11 siffer)	Telefon/mobil					
Adresse	Postnr. Poststed	E-postadresse						

Underskrift av den omsorgstrengende (fullmaktsgiveren)	
Sted	Underskrift
Dato	