

Søknad sendes til:
SKÅNLAND KOMMUNE
HJEMMETJENESTEN/
INNTAKSKOMITEEN
Boks 240, 9439 EVENSKJER

SØKNAD OM PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

SØKERS NAVN:

1. Tilbud innen pleie- og omsorgstjenesten

Skånland kommune har følgende tilbud til personer som bor eller oppholder seg i kommunen:

- * Syke- og aldershjem, herunder dagopphold, avlastningsopphold, korttids- og langtidsopphold.
- * Eldre- og omsorgsboliger
- * Hjemmesykepleie
- * Praktisk bistand (hjemmehjelp og hjemmevaktmester)
- * Omsorgslønn
- * Trygghetsalarm
- * Middagsombringing

2. Tjenestens organisering

Institusjoner:

Skånland sykehjem, 9440 Evenskjer
 Telefon 77 08 98 40

Sandstrand bo- & servicesenter,
 Sandstrand, 9445 Tovik
 Telefon 77 08 98 60

Grovfjord bo- & servicesenter,
 9446 Grovfjord
 Telefon: 77 08 92 70

Hjemmetjenesten:

Hjemmetjenesten sør:
 Boks 240
 9439 Evenskjer
 Telefon 77 08 95 45 (918 34 244)
 Hjemmetjenesten nord:
 9446 Grovfjord
 Telefon 77 08 92 62 (900 23 685)

3. Utfylling av søknadsskjema og rettigheter rundt saksbehandlingen

Kryss av på det/de aktuelle tilbud som anses for mest aktuelt. Søknaden må være underskrevet av søker. Alle opplysninger behandles fortrolig, dette gjelder også elektronisk behandling av opplysninger. Du har rett til innsyn i saksdokumentene. Du kan reservere deg mot innhenting av personlige opplysninger. Vi gjør oppmerksom på at slik reservasjon kan medføre en dårligere saksbehandling. Kommunen har råd og veiledningsplikt. Ved behov for bistand v/utfylling av søknaden kan du ta kontakt med hjemmetjenesten.

4. Behandling av søknaden

Søkeren blir kontaktet så snart som mulig av kommunens saksbehandler for nærmere avtale. Sammensetting av tjenestetilbudet blir utarbeidet i samarbeid med søker.

En del tjenester har egenandel, men andre er vederlagsfrie. Du bør gjøre deg kjent med hvilke betalingssatser som gjelder og hvordan din andel beregnes.

Du kan ellers søke om økonomisk støtte (via sosialkontoret), hjelpestønad (via trygdekontoret). Kontakt kommunen for nærmere opplysninger.

5. Klage

Vedtaket som gjøres av de fagansvarlige kan påklages dersom det oppfattes utilfredsstillende.

Kommunen har plikt til å opplyse om klagefrister, samt være behjelpelig med å fremme klagen.

SØKNAD OM PLEIE- OG OMSORGSTJENESTER

1. *Personalia*

Fornavn: _____ Etternavn: _____

Født: _____ Pers.nr. _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____ Postnr./Sted _____

Nasjonalitet: _____ Yrke: _____ Evt tidligere yrke: _____

Sivilstand: Gift/samboende Enke/enkemann Ugift Separert/Skilt
 Gift/samboende m/institusjonsbeboer

2. *Pårørende (evt ektefelle/samboer, kontaktperson, hjelpeverge)*

Navn: _____ Evt. slektskap: _____

Adresse: _____

Telefon privat:

Telefon arbeid:

3. *Dagens bosituasjon*

- Egen bolig Leilighet i borettslag Annen leid bolig
 Eldre-/omsorgsbolig Alders-/sykehjem/sykehus Annet

Alders- sykehjemmet/sykehusets navn: _____

Forventet utskrivingsdato: _____

4. *Fastlege*

Navn:

5. *Ønskede tiltak* (kommunale tjenester)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alders-/sykehjem, langtidsopphold | <input type="checkbox"/> Hjemmevaktmester |
| <input type="checkbox"/> Alders-/sykehjem, korttidsopphold | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn |
| <input type="checkbox"/> Avlastning | <input type="checkbox"/> Eldre-/omsorgsbolig |
| <input type="checkbox"/> Dagplass i alders-/sykehjem | <input type="checkbox"/> Kjøp av middag |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> Tekniske hjelpemidler |
| | <input type="checkbox"/> Annet: |

6. Tannbehandling (Fylkeskommunal tjeneste)

Brukere/beboere som har vært (eller forventes å være) i ukentlig pleie i hjemmesykepleien eller på sykehjem i minst 3 måneder, har rett til gratis tannbehandling.

Kryss av det du ønsker:

Ja, jeg ønsker at tannhelsetjenesten skal få oppgitt mitt navn og adresse slik at jeg kan få tilbud om gratis tilsyn og nødvendig tannbehandling.

Nei, jeg ønsker ikke at tannhelsetjenesten skal få denne opplysningen.

7. Har du kontakt med, eller mottar du hjelp fra andre offentlige instanser?

Trygdekontor

Sosialkontor

Annet

8. Legeerklæring/dokumenter

Omsorgstjenesten kan kreve legeerklæring ved behov.

9. Begrunnelse for søknaden

10. Samtykkeerklæring/informert samtykke

Jeg gir Skånland kommune fullmakt til å innhente nødvendige opplysninger som ansees som relevante for behandlingen av søknaden. De opplysninger som registreres kan formidles videre når dette er nødvendig slik at jeg kan få best mulig hjelp og behandling.

Jeg gir tillatelse til at opplysninger i denne blanketten registreres i IPLOS (sentralt helseregister). Jeg bekrefter at dette samtykket gis frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake. Som søker har jeg reservasjonsrettigheter i forbindelse med innhenting av personlige opplysninger og også når det gjelder videreformidling av opplysninger.

Eksempel på videreformidling kan være til: fastlege, sykehus, sosialetat, trygdekontor, ligningskontor og lignende.

Hvis slik reservasjon ønskes, skriv navnet på instansen under.

Jeg reserverer meg

mot: _____

Sted: _____ *Dato:* _____

Søkers/samtykkegivers underskrift: _____