

SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om søker eller den du søker hjelp for** | | |
| Navn: | Fødselsnummer: (11 siffer) | |
| Adresse: | Telefon/mobil: | |
| Postnummer/poststed: | Sivil status/bor sammen med/relasjon/bor alene: | |
| Har du omsorg for barn under 18år? Ja Nei | Enebolig Leilighet | |
| Diagnose: | Fastlege: | |
| Nærmeste pårørende:  Relasjon: | Telefon/mobil: | |
| **Beskriv utfordringer i hverdagen. Hva skal til for at du skal kunne være mest mulig selvstendig i hverdagen? Hva er ditt behov?** | | |
|  | | |
| **Samtykke til å innhente og dele taushetsbelagt informasjon – må fylles ut for at søknaden skal kunne behandles** | | |
| For at kommunen skal ha et best mulig grunnlag for å behandle min sak og gi best mulig tjenester, gir jeg herved tillatelse til at kommunen kan:   * Innhente nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus. * Innhente inntektsopplysninger om husstanden for de tjenester det kan kreves egenbetaling for.   Jeg samtykker: JA NEI  Samtykket kan jeg trekke tilbake når som helst. Pasientopplysningene som innhentes blir kun brukt for de formål de innhentes for og blir lagret i journal, jamfør helsepersonelloven §25 og helseregisterloven §17. | | |
| **Søkerens/verge/fullmektigs underskrift** | |
| Sted/dato: Underskrift: | |

**Søknaden sendes til:**

Ås kommune  
Forvaltningen  
Postboks 195  
1431 Ås

**Om behandling av søknaden:**

Søknader behandles fortløpende. Når vi mottar din søknad, kontakter en representant fra kommunen deg. Vi gjør en kartlegging av din situasjon, ditt nettverk, hva du mestrer og dine eventuelle behov for bistand sammen med deg og aktuelle instanser/personer. På bakgrunn av dette, vurderer vi om du har rett til helse- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester som kan dekke ditt behov best, og hvilke mål du har.

Hvis søknaden din ikke kan behandles innen 4 uker, sender vi deg et foreløpig svar. Der vil det stå når du kan forvente at søknaden blir behandlet.

**Lagring av personlige opplysninger og taushetsplikt:**Det er bare ansatte som skal hjelpe deg og som trenger opplysninger for å utføre sitt arbeid hos deg som har adgang til graderte, personlige opplysninger om deg. Alle ansatte har lovregulert taushetsplikt.

**Om din rett til innsyn**   
Du har rett til å få vite hvilke opplysninger vi har lagret om deg. Hvis du ønsker innsyn, sender du en skriftlig henvendelse til gjeldende tjenestested. Hvis du oppdager feil, kan du ha krav på å få feil og mangler rettet eller slettet.

Fullmakt ved søknad om helse-, og omsorgstjenester

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Fødselsnummer |

Jeg gir herved

|  |  |
| --- | --- |
| Navn på fullmektig | Adresse |
| Postnummer | Sted |
| Telefon | E-post |

Fullmakt til å handle på mine vegne i sak vedrørende

|  |
| --- |
| Beskriv saken fullmakten gjelder |

Fullmakten omfatter rett til å motta taushetsbelagt informasjon og rett til innsyn i sakens dokumenter.

Fullmakten gjelder inntil saken er ferdigbehandlet eller at jeg tilbakekaller denne fullmakten

|  |  |
| --- | --- |
| Sted/dato | Signatur |