



**Søknadsskjema**

**Barn og oppvekst – Bo og habilitering**

Utfylt skjema sendes til Eide kommune, 6490 Eide

Vennligst skriv tydelig! (Obs! To sider)

Unntatt off.jfr. offentlighetsloven §§13.1,13.1

<b>BARN OG OPPVEKST:</b> Tiltak funksjonshemmede 0 – 18 år		<b>BO OG HABILITERING:</b> Tiltak funksjonshemmede over 18 år
<input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Personlig assistent <input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Koordinator		<input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Boligtjenester <input type="checkbox"/> Dagtilbud <input type="checkbox"/> Personlig assistent <input type="checkbox"/> Individuell plan <input type="checkbox"/> Omsorgslønn <input type="checkbox"/> Koordinator

**PERSONOPPLYSNINGER**

Navn:		Nærmeste pårørende/hjelpeverge eller verge Navn/slektskapsforhold:	
Fødselsnr 11 siffer:	Telefonnr:	Adresse:	
Sivilstand:			
Adresse: Poststed:		Telefon privat:	Telefon arbeid:

**FASTLEGE:**

**VEGBESKRIVELSE:**

**MÅ FYLLES UT:**

Har du omsorg for barn under 18 år?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Får du privat ikke betalt hjelp?	<input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, antall timer pr. uke _____ <input type="checkbox"/> Nei	
Er bolig egnet for søker/tjenestemottaker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Husstand	<input type="checkbox"/> Bor alene	<input type="checkbox"/> Bor sammen med andre	<input type="checkbox"/> Bor sammen med foreldre
Er individuell plan utarbeidet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	
Er du vurdert av lege siste 12 mnd?	<input type="checkbox"/> Ja	Mnd/år _____ <input type="checkbox"/> Nei	
Er du vurdert av tannlege siste 12 mnd?	<input type="checkbox"/> Ja	Mnd/år _____ <input type="checkbox"/> Nei	



## Eide kommune

**BAKGRUNN FOR SØKNADEN:**

Hvordan vurderer du dine behov for tjenester:


**Samtykkeerklæring:**

Jeg samtykker i at saksbehandler innhenter de helsemessige opplysningene om meg som anses nødvendig relatert til de tjenester jeg søker om, og at nødvendige opplysninger kan anonymiseres og lagres i IPLOS-registeret. Jeg samtykker også til at de opplysningene jeg gir blir dokumentert i kommunen sitt fagprogram Gericia.

**Signatur:**

**Innformasjon om søknadsbehandlingen:**

Søknader behandles av saksbehandler. Det kan ta opptil 3 uker å få behandlet søknaden. Søker mottar svar på søknaden i form av vedtak om tjenester. I forbindelse med informasjon om vedtaket gis det alltid orientering om klageadgangen. Behandlingstiden vil variere etter hva det søkes om. Foreløpig svar gis. Det vises til helseregisterloven kap. 4 om databehandlingsansvarliges informasjonsrett og den registrertes innsynsrett.

.....  
**Sted, dato**

.....  
**Signatur**

**For bruk i enheten:**

Søker er IPLOS-registrert     Ja     Nei    Hvis ja, når \_\_\_\_\_