

# SØKNAD OM BISTAND FRA HELSE OG OMSORGSTJENESTEN

## 1. PERSONALIA:

Navn : \_\_\_\_\_ Personnr: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Postnr : \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

Sivilstatus: \_\_\_\_\_

---

## 2. HVORFOR SØKER DU BISTAND FRA HELSE – OG OMSORGSTJENESTEN?:

( Her beskriver du hvorfor du søker bistand fra helse – og omsorgstjenesten. Hva klarer du selv å ivareta av dagligdagse gjøremål. Hva mener du at du trenger bistand til? Bruk evt eget ark)

**Ved søknad om omsorgsbolig er det nødvendig at siste ligningsattest legges ved søknaden.**

## 3. FASTLEGE:

Navn: \_\_\_\_\_ Legekantor: \_\_\_\_\_

---

#### 4. NÆRMESTE PÅRØRENDE:

Navn: \_\_\_\_\_ Tilknytning til søker: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

Skal vedkommende ha kopi av vedtak? Ja\_\_Nei\_\_

**5. VERGE:** Ja\_\_Nei\_\_(Det er nødvendig med dokumentasjon fra fylkesmannen på oppnevnt verge)

Hvis ja; Navn:

Adresse:

Telefon/Mobil:

#### Informasjon om saksbehandlingen.

Når søknaden er mottatt vil Tjenestekontoret vurdere om du fyller vilkårene for tildeling av helse – og omsorgstjenester, hvilke tjenester og omfanget av disse. Ofte vil det bli foretatt et kartleggingsbesøk i hjemmet. Det vil da bli gitt nærmere informasjon om saksgang og dere vil sammen se på ulike tjenester som kan være aktuelle.

For enkelte av helse- og omsorgstjenestene som Vefsn kommune tilbyr, må bruker betale egenandel.

Når du underskriver samtykker du til at Vefsn kommune:

- Kan innhente nødvendige og relevante opplysninger fra samarbeidspartnere som eksempelvis fastlege , sykehus og skatteetaten.
- Samtykke kan begrenses. Slik reservasjon kan eksempelvis gjelde fastlege, sykehus, sosialetat og liknende. Dersom slik reservasjon ønskes gjeldende, skriv det her:

- 
- Sender inn anonymiserte helseopplysninger til IPLOS – registeret. Dette er et lovbestemt helseregister som danner grunnlaget for nasjonal statistikk for helse og omsorgssektoren.
  - Samtykke kan trekkes tilbake.

Dato: \_\_\_\_\_

Underskrift Søker: \_\_\_\_\_

**Søknaden sendes til:**

**Vefsn kommune  
Postboks 560  
8651 Mosjøen  
Tlf: 75101000**