



SØKNADSSKJEMA KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Tenestene skal bidra til at alle skal kunne leve sjølvstendig i eigen heim så lenge som mogeleg. Saman med deg og dine pårørande vurderer vi tiltak og tildeler tenester slik at du skal kunne meistre eigen kvardag.

Heimeteneste <ul style="list-style-type: none">- Tryggleiksalarm- Velferdsteknologi- Matombringing- Praktisk bistand- Omsorgsbustad- Omsorgsstønad/pleiepenger- Støtte- og/eller treningskontakt	Solundheimen <ul style="list-style-type: none">- Avlastningsopphald- Korttidsopphald / rehabiliteringsopphald- Dag- eller nattopphald- Fast opphald (omfattande behov for pleie og omsorg)
Andre tenester: <ul style="list-style-type: none">- Solund Dagsenter, dagtilbod til eldre heimebuande- Kvardagsrehabilitering- Hukommelsesteam- Kreftkontakt/ressurssjukepleiar for alvorleg sjuke- Avlastning til familiar med born med behov for helse og omsorgstenester	Tenester med krav til eige skjema: <ul style="list-style-type: none">- Følgjekort- Parkeringsløyve- Tilrettelagt transport- Fysio- og ergoterapi- Psykisk helse – ta kontakt med psykisk helseteam tlf. 45974003

Har du spørsmål i høve utfylling av søknad, ta kontakt med:

Einingsleiar tlf. 577 86 250 / 459 74 005

Teamleiar tlf. 577 86 250 / 459 74 004

Leiar for helse og omsorg tlf. 97659256

Søknad sendast til:

Solund Helsetun

V/ Helse og omsorgsleiar

Taklegarden 1

6924 Hardbakke

Du kan óg nytte postkassen som heng i gangen på oppsida/nordsida av Solund helsetun

Sakshandsamingstid er om lag fire veker. Når søknaden er motteken blir du kontakta for å avtale kartleggingsbesøk og utfyllande opplysningar.

Klage

Alle vedtak om tenester skal være skriftlege, og du har rett til å klage om du ikkje er nøgd med kommunen sitt vedtak eller innhaldet i tenestene som kommunen yter. Klager skal være skriftlege.

Klagefrist og kven som er klageinstans går fram av vedtaket ditt.

SØKNADSSKJEMA KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Namn:	Fødselsnummer:
Tlf.nr:	Fastlege:
Adresse:	Postnr./stad:

Bustadsituasjon i dag:
Bur du aleine? (Sett kryss) Ja Nei
Er du for tida innlagt på sjukehus/institusjon? (Sett kryss) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Namn på institusjon:

Næraste pårørende (namn):	Relasjon:
Tlf.nr:	Adresse:

Tenestetilbod i dag:

Her skildrar du ditt hjelpebehov. Bruk eige ark om det ikkje er plass under:

<p>Eg gjev helse- og omsorgstenesta fullmakt til å handtere mine personopplysningar elektronisk, og formidle/innhente opplysningar frå tilsette som deltek i saksbehandlinga og tenesteytinga, deriblant skatteetaten, NAV, fysioterapeut/ergoterapeut og fastlege, jf. GDPR-forordninga punkt 6.1b og Kjernejournalforskrifta.</p> <p>Samtykket kan avgrensast / trekkast tilbake.</p> <p>Eg søker om helse- og omsorgstenester frå Solund kommune. Stad: _____ Dato: _____ Underskrift søker: _____ Underskrift pårørende/verje: _____</p>
