



Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester

SØKNAD OM OMSORGSSTØNAD

Søker (omsorgsyter)	Etternavn, fornavn		
	Adresse		
	Yrke/tidligere yrke	Registrert i folkeregisteret, hvilken kommune	
	Fødselsnummer	Telefon	Telefon arbeid
Omsorgs- mottaker	Etternavn, fornavn		Personnr.
	Adresse		
	Gift/samboer Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Hvis ja, med hvem? Ektefelles/samboers personnr.
	Bor alene Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		
	Tilknytning søker	Telefon privat	Telefon arbeid
Andre tjenester/ tiltak	Har hjelpstønad Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Har søkt hjelpstønad: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
	Mottar omsorgsmottaker andre tjenester eller tiltak fra kommunen. (For eksempel hjemmesykepleie, hjemmehjelp, økonomisk stønad osv.)		
Omsorgs- oppgavene	Beskrivelse av de særlig tyngende omsorgsoppgaver det søkes omsorgsstønad for. Anslå ca. timeantall pr. døgn.		
	Omsorgsmottakerens fastlege:		
	Andre opplysninger:		
Fullmakt	Jeg gir med dette Vedtakskontoret fullmakt til å innhente de opplysningene som ansees som nødvendig for behandling av søknaden.		
Signatur	Sted og dato:		Underskrift

Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester

Besøksadresse: Kirkegata 85, 5528 HAUGESUND

Postadresse: Postboks 2160, 5504 HAUGESUND

Tlf.: 52 74 42 00

Rev.: IHP. 08.01.2018

Samtykke til å dele opplysninger

Navn:

Fødselsnummer:

Nærmeste pårørende:

Samtykke gjelder følgende sak:

Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester kan behandle personopplysninger elektronisk, innhente opplysninger fra og samarbeide med følgende instanser (sett kryss):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten | <input type="checkbox"/> Fastlege |
| <input type="checkbox"/> Enhet for psykisk helse og rus | <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten |
| <input type="checkbox"/> Ergo- og fysioterapitjenesten | <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende |
| <input type="checkbox"/> Tiltaks- og boligenheten | <input type="checkbox"/> NAV |
| <input type="checkbox"/> Barnevern: | <input type="checkbox"/> Helsestasjon |
| <input type="checkbox"/> Skole/ PPT/ barnehage: | <input type="checkbox"/> Kreftkoordinator |
| <input type="checkbox"/> Andre: | |

Vedtakskontoret kan ikke hente inn opplysninger om følgende forhold:

Samtykke:

Jeg samtykker til at Vedtakskontoret kan ha dialog og innhente opplysninger fra de enhetene som er krysset av i dette skjemaet. Samtykket gjelder frem til saksbehandlingen er avsluttet, med mindre annet er avtalt. Samtykket kan når som helst trekkes tilbake eller begrenses.

Jeg er også informert om at manglende samtykke til samhandling og innhenting av informasjon, vil kunne få innvirkning på saksbehandlers mulighet til å få søknaden tilstrekkelig opplyst.

Sted og dato:

Underskrift:

Samtykke er hentet inn av:

Informasjon om kommunale helse- og omsorgstjenester

Jeg har blitt informert om kommunale helse- og omsorgstjenester, og at jeg kan finne mer informasjon om tjenestene på www.haugesund.kommune.no, eller ved å kontakte Vedtakskontoret.

Ja:

Nei:

Vedtakskontoret for helse- og omsorgstjenester

Besøksadresse: Kirkegata 85, 5528 Haugesund

Postadresse: Postboks 2160, 5504 Haugesund

Tlf: 52 74 42 00

E-post: postmottak.vedtakskontoret@haugesund.kommune.no