



SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Søkers navn: _____ Fødselsnr.: _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Sivilstand: Gift/samboende Enke/enkemann Ugift

Nærmeste pårørende: _____

Adresse: _____ Tlf: _____

Har du andre tjenester i dag? Oppgi hvilke:

Trenger hjelp til:

- Korttidsopphold i sykehjem Langtidsopphold Avlastning Dag/nattopphold i institusjon Hjemmehjelp Hjemmesykepleie Trygghetsalarm BPA Omsorgsbolig Praktisk bistand Psykisk helsearbeid Annet.....

Begrunnelse for søknad:

Sted/ Dato:

Underskrift:

Søknaden sendes til: Hadsel kommune, Tjenestekontoret, Rådhusgata 5, 8450 Stokmarknes