



### Søknad om omsorgslønn

#### Omsorgsmottaker:

|                   |                  |
|-------------------|------------------|
| Navn:             | Personnr:        |
| Adresse:          | Tlf. privat:     |
| Postadresse:      | Tlf. arbeid:     |
| Bor alene, ja/nei | Evt. sammen med: |

#### Omsorgsyter:

|                                  |              |
|----------------------------------|--------------|
| Navn:                            | Personnr.:   |
| Adresse:                         | Tlf. privat: |
| Postadresse:                     | Tlf. arbeid: |
| Tilknytning til omsorgsmottaker: |              |

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| Mottar hjelpestønad JA/NEI:<br>Hvis Ja, legg ved dokumentasjon | Har søkt hjelpestønad JA/NEI: |
|--|-------------------------------|

#### Begrunnelse for søknaden:

|  |
|--|
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |
|--|

#### Samtykke fra omsorgsmottaker:

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Jeg gir med dette tjenestekontoret fullmakt til å innhente de opplysninger som anses nødvendig for behandling av søknaden. Saksbehandler har taushetsplikt. |                            |
| <b>Sted/dato:</b>   | <b>Søkers underskrift:</b> |
| <br><br><br>  | <br><br><br>               |

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