



TYSNES KOMMUNE

5685 Uggdal

Telefon: 53 43 70 00

## SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTENESTER

### Søknaden gjeld (sett kryss):

<input type="checkbox"/>	Heimehjelp	<input type="checkbox"/>	Langtidsopphald	<input type="checkbox"/>	Omsorgsbustad
<input type="checkbox"/>	Heimesjukepleie	<input type="checkbox"/>	Korttidsopphald	<input type="checkbox"/>	Trygdebustad
<input type="checkbox"/>	Omsorgstønad	<input type="checkbox"/>	Dagopphald		
<input type="checkbox"/>	Tryggleiksalarm	<input type="checkbox"/>	Psykisk helse		
<input type="checkbox"/>	Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	Anna: _____		

### Søklar:

Namn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gift/sambuar       Enke/enkemann       Ugift/einsleg

### Ektefelle/sambuar:

Namn: \_\_\_\_\_ Fødselsnummer: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Næraste pårørande:

Namn: \_\_\_\_\_ Slektskap: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Helsetilhøve:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Bustadtilhøve:

Bur åleine       Med ektefelle       Eigen bustad

## Omfang av søkte tenester:

Heimehjelp – tal timar/veke: \_\_\_\_\_

Matlaging

Innkjøp

Reingjering

Klesvask

Anna: \_\_\_\_\_

Heimesjukepleie – til kva: \_\_\_\_\_

Omsorgsstønad – omfang: \_\_\_\_\_

Korttidsopphald – tidsrom: \_\_\_\_\_

Dagopphald – tal dagar pr. veke: \_\_\_\_\_

## Grunn for søknaden:

---

---

---

---

## Økonomi:

Brutto pensjon pr. år: \_\_\_\_\_

Formueinntekter (renter): \_\_\_\_\_

Andre inntekter: \_\_\_\_\_

Skatt: \_\_\_\_\_

Gjeldsrenter: \_\_\_\_\_

Opplysningane om dei økonomiske tilhøva er gjevne etter beste skjønn. Eg gjev helse- og omsorgsetaten fullmakt til å henta inn opplysningar om mine økonomiske tilhøve hos NAV og skatteetaten.

Eg samtykkjer i at helse- og omsorgstenesta kan samarbeide med andre avdelingar til beste for mi helse. Samtykke gjeld til eg skriftleg trekkjer det tilbake jfr. Helsepersonellova § 22 og Lov om pasientrettigheter § 3-6.

Stad/dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_