

SØKNAD OM KOMMUNALE TJENESTER

<b>Personopplysninger:</b> Navn: _____ Adr.: _____  Telef.: _____ Fødselsnr.: _____	<b>Pårørende:</b> Navn: _____ Adr.: _____  Relasjon: _____ Telef.: _____
--	---

Diagnoser: \_\_\_\_\_

Medikamenter/diett/lab. res.:

**Beskriv brukerens ressurser/ problem (årsak til søknad):**

\_\_\_\_\_

Fysisk tilstand: \_\_\_\_\_

Psykisk tilstand: \_\_\_\_\_

Familieforhold/nettverk: \_\_\_\_\_

Bolig: \_\_\_\_\_

Hjelpemidler \_\_\_\_\_

**Målsetting: (sett kryss)**

- |                            |                          |                           |                          |
|----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Rehabilitering             | <input type="checkbox"/> | Avlastning for hjelpeapp. | <input type="checkbox"/> |
| Avlastning for familien    | <input type="checkbox"/> | Annet                     | <input type="checkbox"/> |
| Opprettholde funksjonsnivå | <input type="checkbox"/> | _____                     |                          |

**Søknaden gjelder (sett kryss)**

- |                 |                          |                 |                          |             |                          |
|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Dag-/nattplass  | <input type="checkbox"/> | Hjemmehjelp     | <input type="checkbox"/> | Fysioterapi | <input type="checkbox"/> |
| Kortidsopphold  | <input type="checkbox"/> | Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> | Ergoterapi  | <input type="checkbox"/> |
| Langtidsopphold | <input type="checkbox"/> | Trygdebolig     | <input type="checkbox"/> | Annet _____ |                          |

Dato: \_\_\_\_\_

Søkerens underskrift:

\_\_\_\_\_