SØKNADSSKJEMA KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Tenestene skal bidra til at alle skal kunne leve sjølvstendig i eigen heim så lenge som mogeleg. Saman med deg og dine pårørande vurderer vi tiltak og tildeler tenester slik at du skal kunne meistre eigen kvardag.

Heimeteneste - Tryggleiksalarm - Velferdsteknologi - Matombringing - Praktisk bistand - Omsorgsbustad - Omsorgsstønad/pleiepenger - Støtte- og/eller treningskontakt	**Solundheimen** - Avlastningsopphald - Korttidsopphald / rehabiliteringsopphald - Dag- eller nattopphald - Fast opphald (omfattande behov for pleie og omsorg)
Andre tenester: - Solund Dagsenter, dagtilbod til eldre heimebuande - Kvardagsrehabilitering - Hukommelsesteam - Kreftkontakt/ressurssjukepleiar for alvorleg sjuke - Avlastning til familiar med born med behov for helse og omsorgstenester	**Tenester med krav til eige skjema:** - Følgjekort - Parkeringsløyve - Tilrettelagt transport - Fysio- og ergoterapi - Psykisk helse – ta kontakt med psykisk helseteam tlf. 45974003

Har du spørsmål i høve utfylling av søknad, ta kontakt med:
Avdelingssjukepleiar (vikar) tlf. 577 86 250 / 459 74 005
Teamleiar tlf. 577 86 250 / 459 74 004
Leiar for helse og omsorg tlf. 97659256

Søknad sendast til:
Solund Helsetun
V/ Helse og omsorgsleiar
Taklegarden 1
6924 Hardbakke

Sakshandsamingstid er om lag tre veker. Når søknaden er motteken blir du kontakta for å avtale kartleggingsbesøk og utfyllande opplysningar.

Klage
Alle vedtak om tenester skal være skriftlege, og du har rett til å klage om du ikkje er nøgd med kommunen sitt vedtak eller innhaldet i tenestene som kommunen yter. Klager skal være skriftlege.
Klagefrist og kven som er klageinstans går fram av vedtaket ditt.

SØKNADSSKJEMA KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

Namn:	Fødselsnummer:
Tlf.nr:	Fastlege:
Adresse:	Postnr./stad:

Bustadsituasjon i dag:
Bur du aleine? (Sett kryss) Ja Nei
Er du for tida innlagt på sjukehus/institusjon? (Sett kryss) ☐ Ja ☐ Nei Namn på institusjon:

Næraste pårørande (namn):	Relasjon:
Tlf.nr:	Adresse:

Tenestetilbod i dag:

Her skildrar du ditt hjelpebehov. Bruk eige ark om det ikkje er plass under:

Eg gjev helse- og omsorgstenesta fullmakt til å handtere mine personopplysningar elektronisk, og formidle/innhente opplysningar frå tilsette som deltek i saksbehandlinga og tenesteytinga, deriblant skatteetaten, NAV, fysioterapeut/ergoterapeut og fastlege, jf. GDPR-forordninga punkt 6.1b og Kjernejournalforskrifta.

Samtykket kan avgrensast / trekkast tilbake.

Eg søkjer om helse- og omsorgstenester frå Solund kommune.
Stad: _____ Dato: _____
Underskrift søkjar: _____
Underskrift pårørande/verje: _____