



Søknad om pleie- og omsorgstjenester

Søknad sendes: Skiptvet kommune, Pb 115, 1806 Skiptvet

Opplysninger om søker:

Etternavn:		Fornavn:	
Adresse:			
Personnummer (11 siffer)		Sivilstand:	Telefon:
Fastlege:			Nasjonalitet:
E-postadresse:			

Nærmeste pårørende /Kontaktperson:

Etternavn:	Fornavn:	Slektsforhold.:	Telefon:	Adresse:
------------	----------	-----------------	----------	----------

Hjelpebehov – Begrunnelse for søknaden:

Hva trenger du hjelp til og hvorfor. For eksempel personlig hygiene, administrere medisiner, dagaktiviteter, tilrettelagt bolig, diagnose osv. Bruk eventuelt bakside.

Tjenester du ønsker vurdert (sett kryss):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | Institusjonsopphold,
Voksne:
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold
<input type="checkbox"/> Avlastning
<input type="checkbox"/> Rehab. opphold
<input type="checkbox"/> Langtidsopphold |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand -
hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> Servicebolig | |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand - opplæring | <input type="checkbox"/> Trygdebolig | |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig
Assistanse | <input type="checkbox"/> Dagsenter | |
| <input type="checkbox"/> Matombringing | <input type="checkbox"/> Dagtilbud for
hjemmeboende | |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsevern | <input type="checkbox"/> demente | |
| <input type="checkbox"/> Omsorgslønn | | |
| | | |

Sted:	Dato:	Søker / Foreldre / Hjelpeverge:
-------	-------	---------------------------------