



DOVRE KOMMUNE

Helse- og rehabiliteringsavdelingen
Helsehuset
2660 Dombås

Telefon: 61 24 22 40, Telefaks: 61 24 22 05, e-post: mai.fremstad@dovre.kommune.no

SØKNAD OM STØTTEKONTAKT

Etter Lov om sosiale tjenester § 4-2c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer.
(konfidensielt)

Navn:	Adresse:	
Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:	
Nærmeste kontaktperson; navn, adresse:	Telefon:	
Bakgrunn for ønske om støttekontakt:		
Hva ønsker du å oppnå med ordningen med støttekontakt? (Kryss av for et eller flere alternativer)		
<input type="checkbox"/> Delta i sosiale aktiviteter	<input type="checkbox"/> Trene på sosiale ferdigheter (handle, gå på kafé...)	
<input type="checkbox"/> Bryte ensomhet/isolasjon	<input type="checkbox"/> Hjelp til skolearbeid, lekser	
<input type="checkbox"/> Skaffe meg sosialt nettverk	<input type="checkbox"/> Annet, beskriv nedenfor:	
Evt. beskriv nærmere avkrysningen ovenfor:		
Ditt ønske om antall timer pr. uke?	Hvilke ukedager?	Hvor lang tid tror du at du trenger støttekontakt før målet er nådd?
Har du spesielle ønsker om hvem som skal være støttekontakten din? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Hvis ja, oppgi navn og adresse:		
Navn:	Adresse:	Telefon:
UNDERSKRIFT Som også bekrefter at jeg gir Helse- og rehab.avd. fullmakt til å innhente de opplysningene som anses relevante for behandlingen av søknaden, og at opplysningene blir statistisk bearbeidet i anonymisert form (IPLoS).		
Sted, dato:	Søkerens underskrift:	