



DOVRE KOMMUNE

Helse- og rehabiliteringsavdelingen (HRA)

Lara Moens Veg 3, 2660 Dovre

Telefon 61 24 21 00

www.dovre.kommune.no

SØKNAD OM HELSE- OG REHABILITERINGSTJENESTER

(Konfidensielt)

Søkerens navn:	Adresse:	Boforhold:
Fødselsnummer: (11 siffer)	Telefon:	Bor alene <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Enebolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Generasjonsbolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Husstanden består forøvrig av:

Navn:

Fødselsdato:

Nærmeste pårørende: Navn, adresse, fødselsnummer og telefon:

JEG SØKER OM/TRENGER HJELP TIL: (Egenvurdering av behov)

STØTTEKONTAKT <input type="checkbox"/> Tjenesten omfatter tiltak som skal bidra til deltakelse i forskjellige aktiviteter og gjennom det sosial inkludering.	MILJØARBEIDERTJENESTER <input type="checkbox"/> Tjenesten omfatter bl.a. systematisk opplæring i daglige gjøremål som husarbeid, matstell, personlig hygiene og boveiledning generelt. I tillegg omfatter den tiltak som skal bidra til deltakelse i arbeidslivet og sosiale aktiviteter.	PÅRØRENDESTØTTE <input type="checkbox"/> Tjenesten omfatter opplæring, veiledning og avlastningstiltak.
--	---	---

ANDRE TJENESTER ETTER HELSE- OMSORGSTJENESTELOVEN

Tjenesten omfatter tiltak fra psykisk helsetjeneste, fysio- eller ergoterapeut som av særskilte grunner må ytes med utgangspunkt i pasientens hjem.

Begrunnelse for ønsket om tjenester:

Medisinske opplysninger / andre opplysninger - egenvurdering:

Ønske om tidspunkt for tjenestene

Dag(er):

Klokkeslett:

UNDERSKRIFT som også bekrefter at jeg gir HRA fullmakt til å innhente relevante opplysninger for en rettferdig behandling av søknaden, og at opplysningene blir statistisk bearbeidet i anonymisert form (IPLOS). Nødvendige og relevante opplysninger kan også bli delt med spesialisthelsetjenesten ved behov, dersom det ikke reserveres mot det.

Sted og dato:

Søkerens underskrift:

Denne siden er for internt bruk, og skal ikke fylles ut av søker

BEHANDLING AV SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER
(Konfidensielt)

Søknaden mottatt dato:	Vurdering ved:	Dato:
------------------------	----------------	-------

Tilleggsopplysninger:

SØKNADEN ANBEFALES: Innvilget Avslått Delvis innvilget

Følgende tiltak anbefales:

STØTTEKONTAKT **MILJØARBEIDERTJENESTER** **PÅRØRENDESTØTTE**
ANDRE TJENESTER ETTER HELSE- OMSORGSTJENESTELOVEN

Beskriv tiltakene:

Tidsrom:	Fra dato:	Tidsrom:	Fra dato:	Omfang:
	Til dato:		Til dato:	