



DOVRE KOMMUNE

Pleie- og omsorgsavdelingen

Hjerleids vei 18, 2662 Dovre

Telefon 61 24 20 20

Telefaks 61 24 20 21

e-post: fredheim.omsorgssenter@dovre.kommune.no

www.dovre.kommune.no

SØKNAD OM HJEMMETJENESTER - INSTITUSJONSOPPHOLD

(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)

INSTITUSJONSOPPHOLD:	HJEMMETJENESTER:
<input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold	<input type="checkbox"/> Morgenstell <input type="checkbox"/> Kveldsstell <input type="checkbox"/> Matombringing
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold - avlastning	<input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Dusj/bad <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold - rehabilitering	<input type="checkbox"/> Medisiner/injeksjoner <input type="checkbox"/> Nøkkelboks
<input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Renhold <input type="checkbox"/> Klesvask <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser:
Ved korttidsopphold, oppgi ønske om tidsrom for oppholdet:	<input type="checkbox"/> Innkjøp <input type="checkbox"/> Matlaging
Fra dato: <input type="text"/>	Til dato: <input type="text"/>

Begrunnelse for ønsket om hjelp:

Medisinske opplysninger / andre opplysninger - egenvurdering:

Ønske om tidspunkt for hjemmetjenesten		Ønske om helper(e):
Dag(er): <input type="text"/>	Klokkeslett: <input type="text"/>	

UNDERSKRIFT som også bekrefter at jeg gir POA 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:
----------------------	------------------------------