|  |  |
| --- | --- |
|  | **Ny bruker** |
|  | **Endring** |

Unntatt offentlighet, jfr. Off. loven § 13.

**Søknad om tjenester**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Søknaden gjelder for: | | | | |
| Søkers navn (parten): | | | Personnummer: (11 siffer) | |
| Adresse: | | | Telefon: | |
| Sivil status: | Bor sammen med: | | Mobiltelefon: | |
| Boligforhold (kryss av):   * enebolig/leilighet * kommunal bolig * omsorgsbolig | | | | |
| Fastlege: | | | | |
| Nærmeste pårørende, foresatte, annen kontaktperson eller verge: | | | | |
| Navn: | | Relasjon: | | |
| Adresse: | | | | |
| Telefon: | | | | |
| Partsrepresentantens navn: | | | Personnummer: (11 siffer) | |
| Adresse: | | | | |
| Telefon: | | | | |
| Navn på verge (formelt oppnevnt): | | | | |
| Adresse: | | | | |
| Telefon: | | | | |
| Diagnose / helsestilstand ( legg gjerne med dokumentasjon fra lege, sykehus ect.): | | | | |
|  | | | | |
| Hvilket behov du har for kommunale helse- og omsorgstjenester: **-** vær så konkret som mulig (dersom liten plass, bruk gjerne eget ark eller baksiden) | | | | |
|  | | | | |
| Tjenester som du tenker kan være aktuelt for deg nå (kryss av): | | | | |
| **Tjenester til hjemmeboende:**  Helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)  Personlig assistanse (hjemmehjelp, miljøarbeid)  Dagakivitettilbud (inkl. transport og måltider)  Rehabilitering/habilitering utenfor institusjon  Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)  Avlastning utenfor institusjon  Omsorgsstønad  Støttekontakt  Matombringing  Trygghetsalarm/nøkkelboks | **Institusjonstjenester:**  Avlastning  Korttidsopphold  Langtidsopphold  Dagopphold  Nattopphold  **­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Botilbud:**  Omsorgsbolig | | | **For pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester:**  Koordinator  Individuell plan |
| Hva slags bistand du får fra andre:  (f.eks. fra privatpersoner, fastlege, spesialisthelsetjenesten, NAV og/eller andre: | | | | |
|  | | | | |
| **Er det innvilget/søkt om følgende bistand fra NAV (kryss av)**   * Hjelpestønad * Grunnstønad   **Legg gjerne ved dokumentasjon** | | | | |
| Hva er viktig for deg nå i din situasjon? | | | | |
|  | | | | |

Du finner informasjon om helse- og omsorgstjenester på hjemmesiden til Nome kommune: [www.nome.kommune.no](http://nome.preprod.acos.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/soke-pa-tjenester/)

**Hvem har fylt ut søknaden (kryss av):**

* Jeg har fylt ut søknaden selv.
* Jeg har fått hjelp til å fylle ut søknaden av: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  (navn og rolle som vedkommende har).

Sted/dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partsrepresentantens underskrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Samtykkeerklæring

Jeg samtykker til at saksbehandler (kryss av):

* Innhenter nødvendige opplysninger og dokumentasjon for å kunne utrede mitt hjelpebehov i forbindelse med søknad om helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester fra:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(For eksempel: lege, sykehus, kommunale tjenester, NAV)

* Gir nødvendige opplysninger og dokumentasjon om min helsetilstand i forbindelse med at  
  helsehjelp skal ytes.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(For eksempel: lege, sykehus, kommunale tjenester, NAV)

### Hvem har fylt ut samtykkeerklæringen (kryss av):

* Jeg fyller ut denne samtykkeerklæringen selv
* Jeg har fått hjelp til å fylle ut denne erklæringen av \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Samtykket gjelder fra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Andre begrensninger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sted/dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søkers navn (part): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Utfyllende opplysninger fra tjenesten:

|  |
| --- |
| **Dersom du/dere allerede mottar helse- og omsorgstjenester skal tjenesten/avdelingen du mottar tjenester fra gi utfyllende opplysninger:**  Omfang av dagens tjenester: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Problemstilling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anbefalt antall besøk (hvor ofte tjenesten bør gis) pr. døgn/uke:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato for siste IPLOS – registrering: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Hva er IPLOS?**  Noen av opplysningene som kommunen ber deg om, blir registrert etter en egen standard og sendt til et sentralt register kalt IPLOS. Her blir opplysningene oppbevart. Registeret skal brukes til statistikk og forskning. Ditt navn og din adresse vil ikke finnes i IPLOS-registeret. Mer om dette kan du lese om på www.[helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no/brosjyrer/informasjon-om-helse-og-omsorgstjenester-i-kommunalt-pasient-og-brukerregister-fra-iplos-til-kpr/Informasjon%20om%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20i%20Kommunalt%20pasient-%20og%20brukerregister%20%E2%80%93%20Fra%20IPLOS%20til%20KPR%20-%20bokm%C3%A5l.pdf/_/attachment/inline/ef50ba49-7af5-4afc-a493-7257d2ff8880:3080727f19f722021f1b2265171dca4415c272e0/Informasjon%20om%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20i%20Kommunalt%20pasient-%20og%20brukerregister%20%E2%80%93%20Fra%20IPLOS%20til%20KPR%20-%20bokm%C3%A5l.pdf).no  Reserverer parten seg mot at andre får innsyn i dokumentasjonen? (kryss av)  (jf pasient- og brukerrettighetesloven §5-3 første og andre punktum).   * Ja * Nei   Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tjenesteyter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Avdelingsleder: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- |

Opplysninger som fremkommer vil bli benyttet i saksutredningen.

## Søknaden sendes til den tjenesten du ønsker tjeneste fra:

v/Hjemmetjenesten i Lunde el.  
v/Hjemmetjenesten Ulefoss el.   
v/Psykisk helse   
v/Koordinerende enhet

Nome kommune  
Ringsevja 30  
3830Ulefoss.

**Søknad til Nome sjukeheim sendes via hjemmetjenesten Lunde/Ulefoss**

## Informasjon om saksbehandlingsprosessen

Kommunen har plikt til å behandle saken så raskt som mulig (jfr. Fvl kap.IV og § 11a).

Vanlig saksgang er at saksbehandler i løpet av noen dager etter at søknaden er mottatt, tar kontakt med parten(e), evt. partsrepresentanten, for å avtale et møte dersom saken ikke er godt nok opplyst. Som regel skjer dette møtet hjemme hos den/de som har behov for tjenester.

I møtet deltar både parten(e) selv og nærmeste pårørende, foresatte eller verge dersom det er ønsket. En part som ikke har partsrepresentant, men som ønsker å ha med seg en person som kan bistå og støtte parten i møtet, er det anledning til det.

I møtet vil parten(e) få mer informasjon om de tjenestene som er aktuelle, det vil bli foretatt en kartlegging av parten(e)s behov for tjenester og parten(e) vil få anledning til å komme med egne synspunkter i saken (brukermedvirkning). Hvis det viser seg at kommunen trenger flere opplysninger eller dokumenter i saken, vil dette bli tatt opp med parten(e) i møtet. Det vil også bli gitt informasjon om den videre saksgangen og hvor lang tid det ventes å ta før saken blir avgjort i møtet.

## Veiledning om dette dokumentet

Det er ikke krav i lov eller forskrift om at de som har behov for helse-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester skal sende skriftlig søknad. Et slikt krav vil for noen representere en terskel for å komme i kontakt med kommunen og for å få sin sak behandlet.

Det er allikevel et ønske om at søknad om tjenester fremsettes skriftlig så langt det lar seg gjøre.

Kommunen har plikt til å utrede og behandle alle saker der et mulig hjelpebehov er kjent. Uansett hvordan kommunen får kunnskap om at det kanskje foreligger et hjelpebehov, så gjelder utredningsplikten i fvl. § 17 første ledd. Saken skal utredes så godt som mulig og behandles så raskt som forholdene i saken tilsier. Se fvl. § 11a om saksbehandlingstid og foreløpig svar.