SØKNAD OM HELSE-OG OMSORGSTJENESTER

Unntatt offentlighet jfr Off.loven § 13, jfr HOL §12-1

|  |
| --- |
| Personopplysninger  |
| Navn: | Adresse: |
| Fødselsnummer (11 siffer): | Telefon: |
| Sivilstand: * Gift/samboer
* Enslig
* Enke/enkemann
 | Fastlege: |

|  |
| --- |
| Pårørende |
| Nærmeste pårørende (navn og relasjon) | Adresse: |
| Telefon: | Evt andre opplysninger |

|  |
| --- |
| Informasjon om tjenestene kommunen tilbyr og saksbehandlingsprosessen |
| Helse- og omsorgstjenester som tilbys av Midtre Gauldal kommune består bl.a. av helsehjelp i hjemmet, personlig assistanse og opplæring i daglige gjøremål, herunder støttekontakt og praktisk bistand til husholdningsoppgaver, brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, omsorgsstønad, korttids- eller langtidsinstitusjonsplass, dagsenter, matombringing, trygghetsalarm og omsorgsbolig.Det er kommunen som på bakgrunn av en faglig forsvarlig vurdering av dine behov og hvordan de kan dekkes, avgjør om du vil få helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester du vil få tildelt og omfanget av disse. |

|  |
| --- |
| Andre kommunale tjenester |
| Har du mottatt eller mottar du andre kommunale tjenester? (feks. hjemmehjelp, støttekontakt, stønad fra NAV, PPT, bistand fra barnevernet) Dersom JA, hvilke? |

|  |
| --- |
| Ditt hjelpebehov og dine ressurser |
| Beskriv ditt hjelpebehov og dine ressurser: |
| Hva søker du på: |

Alle søknader om tjenester registreres i pleie- og omsorgstjenestens interne elektroniske system. Søker kan kreve innsyn i hvilken informasjon som er registrert.

|  |
| --- |
| Samtykkeerklæring |
| Ved å underskrive søknadsskjemaet, har jeg gitt mitt samtykke til at nødvendige opplysninger om meg og min helsesituasjon blir innhentet, registrert og behandlet elektronisk. Dette kan være opplysninger fra andre offentlige instanser i og utenfor kommunen, som for eksempel fastlege, St. Olavs hospital, barnevern, NAV, PPT, helsestasjon med flere. Videre samtykker jeg til at slike opplysninger blir utvekslet i den grad det er nødvendig for behandling av søknaden. *Jmf. Lov om pasient- og brukerrettigheter §§ 2-1, 3-1, 3-6*.  |

**Underskrift:**

Dato …………………………………. Søkers underskrift ……………………………………………………………

Hvis andre enn søker har fylt ut søknaden:

Dato …………………………………. Underskrift ……………………………………………………………………..

 Tilknytning til søker…………………………………………………………..

Hvis du har spørsmål, kan du kontakte Helse- og velferdskontoret på telefon 72403300.

**Søknaden sendes som brev til:**

Helse og velferdskontoret
Midtre Gauldal kommune
Rørosveien 11
7290 Støren.