



# Kvæfjord kommune

Helse- og omsorgsavdelingen  
Bygdevegen 26  
9475 Borkenes

Unntatt offentlighet  
jfr. OfI § 13, Fvl § 13, Hotjl § 12-1

## SØKNAD OM TJENESTER FRA HELSE- OG OMSORGSAVDELINGEN

Etternavn:		Fornavn:	
Adresse:		Postnr og sted:	
Personnr: (11 siffer)		Fasttelefon:	
Sivilstand:	<input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Gift/samboer	Mobiltelefon:
	<input type="checkbox"/> Separert/skilt	<input type="checkbox"/> Enke-/mann	Barn under 18 år:
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

	Navn:		Adresse:	Telefonnr:
Nærmeste pårørende:				
Hjelpeverge/verge (foresatte)				
Fastlege:			Legekantor:	

Nærmeste pårørende kan samtykke/medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv. Sett x (kryss) hvis ja.

### Samtykkeerklæring til innhenting/utveksling av opplysninger:

- Jeg gir med dette Kvæfjord kommune fullmakt til å innhente de opplysninger som anses relevante for behandling av søknaden. Samtykke gjelder for følgende instanser: fastlege, spesialisthelsetjeneste, sosialtjenesten, NAV, skatteetaten, skole, SFO, barnevern.
- Jeg bekrefter at dette samtykke gis frivilling og at det når som helst kan trekkes tilbake.
- Såfremt tjenester innvilges, gjelder dette samtykke om utveksling av informasjon med relevante instanser videre så lenge tjenestene ytes.
- Du kan reservere deg mot innhenting/utveksling av slike opplysninger. Hvis du ønsker å reservere deg, skriv her de instanser reservasjonen gjelder for:

**TJENESTER DET SØKES OM – sett x (kryss)**

<b>HJEMMEBASERTE TJENESTER</b>	
Hjemmesykepleie	
Tilsyn	
Hjelp i hjemmet	
Opplæring	
Avlastning barn/unge	
Støttekontakt	
Omsorgslønn	
BPA (brukerstyrt personlig assistanse)	
Annet – spesifiser	
<b>OPPHOLD I INSTITUSJON</b>	
Langtidsopphold – sykehjem	
Avlastning/korttidsopphold	

<b>BOLIGER</b>	
Boas	
MiniBoas	
Langvassbukt	
Annen bolig – spesifiser	
Boligtilpasning	
<b>ANDRE TJENESTER</b>	
Dagsenter	
Trygghetstelefon	
Individuell Plan	
Psykososiale tiltak/samtaler	
Koordinator	
Kreftsykepleier	
Annet – spesifiser	

<b>Beskriv behovet for bistand og årsaken til dette:</b>

<b>Underskrift:</b>	
Sted og dato:	Søkers underskrift:
Dersom søknaden er fylt ut på vegne av søker:	
Navn:	Telefon: