

**EIGERSUND KOMMUNE**  
**LEVEKÅRSAVDELINGEN**

**SØKNADSSKJEMA**  
**FOR HELSE- OG**  
**OMSORGSTJENESTER**

**SØKNADEN SENDES I UTFYLT STAND TIL:**

Eigersund kommune  
**Levekårsavdelingen**  
Postboks 70  
4379 Egersund

Tlf. 51 46 80 00

## EGENSØKNAD

<b>SØKNAD OM:</b>	Langtidsopphold		Hjemmesykepleie	
	Leilighet i bofellesskap		Psykisk helsehjelp	
	Serviceleilighet		Hjemmehjelp	
	Kommunal bolig		Avlastn. for funksjonshemmede barn	
	Korttidsopphold		Støttekontakt	
	Avlastningsopphold		Praktisk bistand	
	Dagsenter		Individuell plan	
	Trygghetsalarm		Annet:	
<b>SØKER:</b>	Etternavn:		Fornavn:	
	Adresse:		Postnr./poststed	
	Fødselsnummer, 11 siffer (må fylles ut)		Registrert i folkeregisteret, hvilken kommune:	
	Telefonnummer		Sivilstatus	
<b>NETTVERK:</b>	Etternavn, fornavn: (nærmeste kontaktperson)		Adresse	
	Tilknytning til søker:		Telefon:	
	Etternavn, fornavn:		Adresse:	
	Tilknytning til søker:		Telefon	
	Etternavn, fornavn:		Adresse:	
	Tilknytting til søker:		Telefon:	
<b>FASTLEGE:</b>				
Hva er grunnen til at du søker:				
Hva ønsker du å oppnå? (mål)				
Hva trenger du hjelp til:				
Andre opplysninger /vedlegg:				
Fullmakt/ Samtykke:		<p>Jeg gir med dette fullmakt til at det innhentes opplysninger som anses nødvendig for behandling av søknaden, jfr. Helsepersonelloven § 25 og Forvaltningsloven § 13a nr.1.</p> <p>Undertegnede samtykker i at opplysningene kan sendes til Statistisk Sentralbyrå og lagres i et sentralt elektronisk register som aidentifiserte opplysninger, som skal danne grunnlag for statistikk.</p> <p>Jeg bekrefter å ha gjort meg kjent med brosjyren ”Informasjon om IPLOS-registeret”.</p>		
Sted/dato		Søkers underskrift		