

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

SØKNAD OM:	Langtidsopphold		Hjemmesykepleie	
	Leilighet i bofellesskap		Psykisk helsehjelp	
	Serviceleilighet		Hjemmehjelp	
	Kommunal bolig		Avlastn. for funksjonshemmede barn	
	Kortidsopphold/avlastning		Støttekontakt	
	Dagsenter		Praktisk bistand	
	Trygghetsalarm		Individuell plan	
	Annet:			
SØKER:	Etternavn:		Fornavn:	
	Adresse:		Postnr./poststed	
	Fødselsnummer, 11 siffer (må fylles ut)		Registrert i folkeregisteret, hvilken kommune:	
	Telefonnummer		Sivilstatus	
NETTVERK:	Etternavn, fornavn: (nærmeste kontaktperson)		Adresse	
	Tilknytning til søker:		Telefon:	
	Etternavn, fornavn:		Adresse:	
	Tilknytning til søker:		Telefon	
	Etternavn, fornavn:		Adresse:	
	Tilknytting til søker:		Telefon:	
FASTLEGE:				
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			