

SAMNANGER KOMMUNE
EINING FOR PLEIE OG OMSORG
Samnangerheimen
Tyssevegen 97
5650 TYSSE Tlf. 56 58 98 50

SØKNAD OM PLEIE OG OMSORGSTENESTER

Namn: _____ **Personnummer:** _____ (11 siffer)

Adresse: _____ **Postnr:** _____ **Stad:** _____

Tlf: _____ **Mob:** _____ **e-post:** _____

Sivil stand: (kryss av):

<input type="checkbox"/>	<i>Ugift</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Gift, sambuar, registrert partner</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Enke/enkemann, gjenlevende partner/sambuar</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Skilt/ separert, inkludert sambuar-/ partnerskap</i>

Næraste pårørande: _____ **Tilknytning:** _____ **tlf:** _____

Adresse: _____ **Postnr:** _____ **Stad:** _____

SØKNADEN GJELD FØLGJANDE TENESTER: (kryss av)

<input type="checkbox"/>	<i>Kortidsopphald</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Omsorgsløn</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Langtidsopphald</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Praktisk bistand</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Avlastningsopphald</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Annan bustad/omsorgsbustad</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Dagtilbod, på ein avd på Samnangerheimen</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Dagsenter</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Heimesjukepleie</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Tryggleiksalarm</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Matombringing</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Brukarstyrt personlig assistanse</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Støttekontakt</i>	<input type="checkbox"/>	

GRUNNGJEVING FOR SØKNADEN: (ved behov legg ved eige ark)

- **Underskrift søknad:**

Stad og dato: _____ **Underskrift :** _____

- **Fullmakt:** "Eg gjev med dette pleie- og omsorgstenesta fullmakt til å henta inn dei opplysningane om meg frå liknings- og trygdekontor, lækjar og andre som er naudsynt for å vurdera/handsama søknanden."

Stad og dato: _____ **Underskrift :** _____