|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Søknad om helse- og omsorgstjenester** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Navn: | | | Fødselsnummer: | | | |
| Adresse: | | | Telefon/mobil: | | | |
| Sivilstand: | | Siste vurdering hos  Tannlege: Lege: | | | | |
| Boforhold :  (sett kryss på det som stemmer) | -  Bor alene  -  Sammen med noen | | -  Tilrettelagt bolig  -  Enebolig  -  Leilighet | | | |
|  | | | | | | |
| Nærmeste pårørende 1: | | | | | Slektsforhold/annen tilknytning: | |
| Adresse: | | | | | Telefon/mobil: | |
|  | | | | | | |
| Nærmeste pårørende 2: | | | | | | Slektsforhold/annen tilknytning: |
| Adresse: | | | | | | Telefon/mobil: |
|  | | | | | | |
| **Beskriv med egne ord hva du trenger hjelp til.**  - Hva er viktig for deg nå?  - Hva mestrer du selv?  - Hvilke hjelpebehov har du?  - Hvilke tjenester har du behov for? (legg ved eget ark om du trenger mer plass). | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Navn på fastlege: | | | | Legesenter: | | |

**Innsynsrett**

Du har til enhver tid rett til å vite hvilke opplysninger som er registrert om deg. Dersom du oppdager feil, har du krav på å få de rettet eller slettet.

**Videre saksbehandling**Når søknaden er mottatt, vil du bli kontaktet for et eventuelt hjemmebesøk og utfyllende opplysninger. Søknaden vil bli behandlet innen 4 uker. Dersom behandlingstiden blir lengre får du beskjed om dette.

**Fullmakt**

Vi ønsker å få opplysningene direkte fra deg. I enkelte tilfeller vil det være behov for å innhente nødvendige opplysninger fra dine pårørende, samarbeidende personell i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Ved å underskrive søknaden gir du helse- og omsorgstjenesten fullmakt til å innhente opplysninger som er nødvendig for tjenesten som skal ytes. Fullmakten gjelder også innhenting av opplysninger for å kunne fastsette eventuell egenbetaling for hjemmetjenester eller på institusjon.

**Hva blir lagret av opplysninger**

Kommunen vil lagre opplysninger fra søknaden og saksbehandlingen i et elektronisk journalsystem. Tilgang til opplysningene gis bare til de som trenger det i sitt arbeid. Alle ansatte har lovpålagt taushetsplikt.

**Fullmakt/ Verge**

Hvis noen skal skrive søknaden/søke på dine vegne eller snakke din sak må du legge ved skriftlig dokumentasjon. Den må inneholde navn, adresse, telefon, e-post, ev. slektsforhold på personen og din underskrift.

**Har du spørsmål?**

Ved spørsmål til søknadsskjema eller tjenester ta kontakt med tildelingskontoret

tlf. 61 29 90 22. Tildelingskontoret er åpent 09.00 – 14.00 mandag – fredag.

**Jeg søker med dette om helse- og omsorgstjenester fra Sør-Fron kommune:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sted:** | **Dato** |
| **Underskrift:** | |

**Søknaden sendes til:**Postadresse: Sør-Fron kommune v/tildelingskontoret, Kommunevegen 1, 2647 Sør-Fron  
Epost-adresse: [postmottak@sor-fron.kommune.no](mailto:postmottak@sor-fron.kommune.no)

|  |
| --- |
|  |