

Søknad om (kryss av):



- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand (heimehjelp) | <input type="checkbox"/> Individuell plan |
| <input type="checkbox"/> Heimesjukepleie | <input type="checkbox"/> Psykiatriteneste |
| <input type="checkbox"/> Korttids plass i institusjon | <input type="checkbox"/> Fritidskontakt (støttekontakt) |
| <input type="checkbox"/> Langtids plass i institusjon | <input type="checkbox"/> Fysioterapi/ergoterapi/hjelpemiddel |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad | <input type="checkbox"/> Tryggleiksalarm |
| <input type="checkbox"/> Middag brakt til heimen | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad, Havnahuset |
| <input type="checkbox"/> Avlasting utafor institusjon | <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad, Havn Burettslag |
| <input type="checkbox"/> Avlasting i institusjon | <input type="checkbox"/> Dagtilbod til heimebuande demente |
| <input type="checkbox"/> Koordinator | |

Personalia	Etternavn, fornavn		
	Adresse		Telefonnr.
	Yrke/tidl. yrke		
	Personnummer		
	Bur åleine: JA..... Nei..... Dersom du bur i lag med andre oppgje med kven:		
Pårørende Hjelpeverje	Etternamn/fornamn:		
	Adresse:		
	Tilknytning til søkjar	Telefon privat	Telefon arbeid
Bakgrunn for søknaden (bruk ev. eige ark).	Kvifor søkjer du om tenesta Kva ynskjer du å oppnå Helseopplysningar		
Fullmakt	Eg samtykkjer til at sakshandsamar kan kontakta fastlege/sjukehus og nytte min kjernejournal for å henta inn opplysningar som er nødvendig for å handsama søknaden.		
Fastlege	Namnet til fastlegen din		
Underskrift	Stad/dato		Underskrift

Søknaden skal sendast til: Tenestekontoret, Fitjar Rådhus, Sjøsbrekko 1, 5419 Fitjar, eller leverast i kundetorget på Rådhuset