



**Sokndal  
kommune**

## Søknad om tjenester fra Helse og Omsorg

Trenger du hjelp til utfylling av søknaden, kan du ta kontakt ved omsorgskontoret 477 90 504.

Fødselsnummer:	Telefon privat:
Navn:	Fastlege:
Adresse:	
Postnr./sted:	Bor du alene (sett kryss) Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Mailadresse:	

Nærmeste pårørende 1 (navn):	Slektsforhold/tilknytning:
Adresse:	Telefon:
Mailadresse:	
Nærmeste pårørende 2 (navn):	Slektsforhold/tilknytning:
Adresse:	Telefon:
Mailadresse:	

Her beskriver du dine hjelpebehov og hvilke tjenester du mener du trenger (evt eget ark):

--

Eventuelt hvilke andre offentlige instanser har du nå / har du hatt kontakt med?

Sokndal kommune har etter loven ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som:

- helsetjenester i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleie – psykisk helsetjeneste og miljøtjeneste
- personlig assistanse, herunder hjemmehjelp/praktisk bistand og opplæring og støttekontakt
- plass i institusjon, herunder sykehjem
- brukerstyrt personlig assistanse
- omsorgsstønad
- avlastning
- rehabiliteringstiltak
- pårørendestøtte / opplæring og veiledning

Andre ikke-lovpålagte tjenester som kommunen tilbyr:

- dag-/aktivitetstilbud
- matombringing
- trygghetsalarm
- elektronisk medisin støtte

Kommune vil vurdere dine hjelpebehov og avgjøre om du har rett til å få helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester, og omfanget av disse.

Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk og for utfyllende opplysninger. Du vil få nærmere informasjon om saksgang og innhenting av opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden.

Søknaden vil bli behandlet etter Forvaltningslovens regler, med svarfrist innen 3 uker.

Du kan klage på kommunens vedtak.

### **Jeg samtykker til at Sokndal kommune kan**

- [  ] innhente nødvendige opplysninger fra din fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus
- [  ] innhente nødvendige opplysninger via min kjernejournal / HelseNorge
- [  ] innhente inntektsopplysninger fra skatte-/likningsmyndighetene for de tjenester det kan kreves egenbetaling for

**Samtykke kan begrenses / trekkes tilbake av søker.**

### **Signatur**

Jeg søker om helse- og omsorgstjenester fra Sokndal kommune.

[Etter fylte 16 år kan ungdom søke selv]

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

Søknaden sendes: Sokndal kommune, Helse og omsorg, Gamleveien 20,  
4380 Hauge i Dalane