



SØKNAD OM TJENESTER TIL BARN OG UNGE UNDER 18 ÅR MED FUNKSJONSNEDESETTELSE

Navn :	Fødselsnummer (11 siffer) :		
Adresse:	Telefonnummer:		
Nærmeste pårørende (navn, adresse,telefon):			
Søknaden gjelder (sett kryss):			
Fritidskontakt	<input type="checkbox"/>	Plass i barnebolig	<input type="checkbox"/>
Avlastning Eikenga	<input type="checkbox"/>	Omsorgslønn	<input type="checkbox"/>
Privat avlastning	<input type="checkbox"/>	Brukerstyrt personlig assistanse	<input type="checkbox"/>
Foreldreveiledning	<input type="checkbox"/>	Individuell plan -fyll også ut eget henvisningsskjema	<input type="checkbox"/>
Bakgrunn for søknaden (ved behov bruk baksiden) :			
<p>Samtykke :</p> <p>Undertegnede gir herved Lier kommune tillatelse til å innhente de opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden, jfr. Lov om _ca a i bUY`Y`gY! `c[`ca gcf[gh^YbYghYf _Ud" žgUa h`Uh`søknaden behandles i et koordineringsmøte hvor følgende virksomheter _Ub`XY`hU. Habilitering,hjemmetjeneste,rehabilitering,helsetjenesten,barnehage,skole</p>			
Sted :	Dato :	Underskrift :	

Søknaden sendes til Lier kommune, Habilitering, Postboks 205, 3401 LIER
Merk konvolutten : Søknad