

**LIER KOMMUNE**

Brukerkontoret for helse og omsorgstjenester  
Postboks 205, 3401 Lier  
Telefon 32 22 01 00

**SØKNAD OM  
HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

Behandles konfidensielt

**SØKER**

Navn:	Fødselsnummer 11 siffer
Adresse	Telefon
Postnr.            Poststed	e-post

Bor alene:  
Bor sammen med andre :

**NÆRMESTE PÅRØRENDE / KONTAKTPERSON / HJELPEVERGE / FULLMEKTIG**

Navn	Slektsforhold
Adresse	Telefon
Postnr.            Poststed	Personnr. ektefelle/samboer:

**HVA SØKNADEN GJELDER:**

Ved søknad om opphold i institusjon: Oppgi evt. ønske om institusjon, samt en kort begrunnelse om hvorfor:

**Mottar du andre tjenester fra kommunen, spesialisttjenesten :    Ja / Nei**

\* I tilfelle hvilke

**Mottar du privat hjelp:    Ja / Nei**

\* Eventuelt hva og av hvem

**HELSE – OG OMSORGSTJENESTENE OMFATTES AV FØLGENDE:****Hjemmetjenester: Øvre Lier hjemmetjeneste og hjemmetjenesten Ytre Lier:**

Helsehjelp i hjemmet (hjemmesykepleie)  
Praktisk bistand til daglige gjøremål, Avlastning utenfor institusjon, Brukerstyrt personlig assistent, Dagsenter, Trygghetsalarm, Matombringing, Tilrettelagte boliger med heldøgnsbemanning.  
Tidsbegrenset opphold institusjon: - Dagopphold- Avlastning- Korttidsplass. Langtidsoffhold i institusjon  
Annet: Omsorgslønn, Tilrettelagte boliger (egne søknadskjemaer)

**Oppfølging i forhold til Psykisk lidelse:**

Miljøtrening, dagkafe, gruppetilbud, fritidstilbud, være med å utarebeide individuell plan.

**Oppfølging i forhold til rus/psykiske lidelser**

Bo-oppfølging, bistand ved legebesøk, hjemmebesøk, samtaler, være med å utarebeide individuell plan

**Annet:** Transporttjeneste for funksjonshemmede  
Parkeringsstillatelse, Tilrettelagte boliger (egne søknadskjemaer), Rehabiliteringsopphold

**Snu**

**FASTLEGE OG EVENTUELT BEHANDLER I SPESIALISTTJENESTEN**

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf: \_\_\_\_\_

**BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN / TILLEGGSOPPLYSNINGER****Utfyllende opplysninger om helse / diagnose / behov for hjelp:****SAMTYKKE TIL Å INNHENTE NØDVENDIGE TILLEGGSOPPLYSNINGER**

Undertegnede gir herved Lier kommune tillatelse til å innhente opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden, jfr. Lov om sosiale tjenester § 8-5

**SØKERS UNDERSKRIFT:**

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