



Lier kommune

Søknad om helse- og omsorgstjenester

Postadresse: Vedtakskontoret i Lier Kommune, postboks 205, 3401 Lier.

Besøksadresse: Bruveien 2 (Foskvartalet 3. etg.)

Telefon 32 22 02 82 (mandag- fredag i tidsrommet 09.00- 11.00 og 12.00- 14.00.)

Opplysninger om den som har behov for tjenester		
Etternavn:	Fornavn:	
Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:	
Adresse:	Post nr.:	Sted:
e-post:		
Fastlege ¹ :	Verge:	
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Språk:	
Nærmeste pårørende:	Foreligger det delt omsorg?	

Opplysninger om foresatt/pårørende/verge:		
Etternavn:	Fornavn:	
Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:	
Adresse:	Post nr.:	Sted:
e-post:		

Tjeneste det søkes om (sett kryss):	
<input type="checkbox"/> Helsetjenester i hjemmet/hjemmesykepleie <input type="checkbox"/> Praktisk bistand og opplæring/hjemmehjelp <input type="checkbox"/> Tilkjøring av mat <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm <input type="checkbox"/> Dagsenter <input type="checkbox"/> Avlastning for funksjonshemmede <input type="checkbox"/> Barnebolig <input type="checkbox"/> Foreldreveiledning	<input type="checkbox"/> Fritidskontakt <input type="checkbox"/> Tilrettelagt arbeid ved Kjernehuset <input type="checkbox"/> Omsorgslønn ² <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) ² <input type="checkbox"/> Oppfølging fra psykisk helse <input type="checkbox"/> Oppfølging fra ruskonsulent <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig med heldøgns bemanning
Plass i institusjon (sett kryss) <input type="checkbox"/> Korttid <input type="checkbox"/> Langtid <input type="checkbox"/> Avlastning	Rehabilitering (sett kryss) <input type="checkbox"/> Innenfor institusjon <input type="checkbox"/> Utenfor institusjon

¹ Helseopplysninger fra fastlege/spesialisthelsetjeneste vedlegges, se egen skjema på side 3.

² Ved søknad om omsorgslønn og brukerstyrt personlig assistanse (BPA) fylles tilleggsskjema ut og vedlegges, se side 4 -6

Hva er grunnen til at du søker (benytt gjerne ekstra ark ved for liten plass):

Nærmere om behovet (Hva er viktig for deg at du får hjelp til i dagliglivet):

Samtykke erklæring:

Jeg _____ født _____ samtykker i at Vedtakskontoret kan utveksle nødvendige opplysninger og samarbeide med andre instanser vedrørende meg i forbindelse med behandling av min søknad om:

Samtykke innebærer:

At jeg gir tillatelse til at nødvendige opplysninger til behandling av denne søknaden innhentes/utveksles og at det ikke utveksles flere opplysninger enn det som er nødvendig.

At jeg når som helst kan trekke hele/deler av samtykke tilbake.

At jeg er informert om at opplysningene oppbevares forsvarlig i henhold til forskrift om pasientjournal jf. pasient- og brukerrettighetsloven.

Sted: _____ dato: _____

Underskrift av søker evt. v/verge /foresatte for søker under 18 år:

Søknadsskjema m/evt .tilleggsopplysninger må skrives ut, signeres og sendes i post til kommunen.

Tilleggsopplysninger til søknad om brukerstyrt personlig assistanse (BPA)

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er hjemlet i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 første ledd nr 6 b, § 3-8 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 d. BPA er en måte å organisere praktisk bistand og opplæring på innenfor kravet om nødvendige omsorgstjenester.

Når denne organisasjonsformen velges forutsetter dette:

- En arbeidsleder (bruker selv eller annen person som er villig til å påta seg dette ansvaret)
- Administrator (arbeidsgiver) må velges innenfor godkjente tilbydere

**Beskrivelse av bistandsbehovet gjennom døgnet/uken.
(Bruk gjerne baksiden og/eller eget ark).**

En beskrivelse av dine fritidsaktiviteter og hva som er viktige aktiviteter for deg.