**Søknad om helse- og omsorgstjenester i Balsfjord kommune**

**SØKER**: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Generelt:**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, jf. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 og Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1. Tjenester ytes ut fra individuelle behov. For kommunens plikt til å yte enkelte tjenester kreves opphold i kommunen av en viss varighet.

For noen tjenester vil det kreves betaling av egenandel.

Opplysningene i søknaden med eventuelle vedlegg vil ligge til grunn for behandling av søknaden. Saksbehandler vil kontakte deg for nærmere utredning av søknaden. Omsorgstjenesten kan kreve legeerklæring ved vurdering av behov for tjenester.

Du har rett til innsyn i saksdokumentene

Ifølge forskrift om pasientjournal skal det opprettes journal ved tildeling av tjenester. Du kan ikke reservere deg mot at slik journal opprettes, men du kan be om at enkelte ansatte ikke gis tilgang til din journal. Alle landets kommuner skal ha IPLOS som standardisert verktøy for dokumentasjon, rapport og statistikk for kommuner og sentrale myndigheter. Alle personopplysninger blir anonymisert ved oversendelse til sentrale registre.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Søker:** | Etternavn: | Fornavn: | |
| Fødselsnr. 11 siffer: | Telefon: | |
| Gatenavn/husnr.: | Postnr./ poststed | |
| Reg. i folkeregisteret i hvilken kommune: | Statsborgerskap: | |
| Sivilstatus (sett kryss):  □ Ugift □ Gift/samboer/reg. partner  □ Enke/-mann □ Skilt/separert | Navn ektefelle/samboer/partner:    Fødselsnr.11 siffer: | |
| Bor alene: JA / NEI |
| **Nærmeste pårørende**  **/verge:** | Etternavn, fornavn: | | |
| Adresse: Postnr.: Poststed: | | |
| Tilknytning til søker: | Tlf. privat: | Tlf. arbeid: |
| **Fastlege:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Legekontor:** | | | |
| **Beskriv ditt hjelpebehov og hva som er viktig for deg:**  Legg ved relevant dokumentasjon/ legeerklæring som belyser ditt hjelpebehov | | | |
| **Er du mottaker av tjenester fra kommunen nå?** □ Ja: Spesifiser hvilke | | | |

**Tjeneste det søkes om - sett x (kryss)**

**Helsetjenester i hjemmet (§ 3-2, punkt 6 a)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Hjemmesykepleie |
|  | Kreftomsorg |
|  | Oppfølging psykisk helse |
|  | Oppfølging rus |

**Helsetjenester oppfølging hjem/ kontor (§ 3-2 )**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Oppfølging psykisk helse |
|  | Oppfølging rus |
|  | Funksjonshemmede |

**Personlig assistanse (§ 3-2, punkt 6 b)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Personlig assistanse/ Brukerstyrt personlig assistent |
|  | Støttekontakt |
|  | Hjemmehjelp/ ­­­ Praktisk bistand  □ Støvtørk □ Støvsuging □ Gulvvask □ Vindusvask □ Gardinskift  □ Sengetøyskift □ Klesvask □ Handling □ Søppelhåndtering □ Henting av  post  □ Matombringing (middag) □ hel porsjon □ halv porsjon  □ Full kost omsorgshybel/ Kvienskogen |

**Plass i institusjon/ sykehjem (§ 3-2, punkt 6 c)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Korttidsplass |
|  | Langtidsplass |
|  | Dagopphold |
|  | Avlastningsopphold i institusjon |

**Kommunens ansvar overfor pårørende (§ 3-6)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Opplæring og veiledning |
|  | Omsorgsstønad |
|  | Avlastningstiltak: □ Kommunalt i heldøgns bemannet bolig  □ Privat/ besøkshjem |

**Tilrettelagt bolig/ omsorgsbolig/ omsorgshybel (§ 3-7)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Eldre |
|  | Omsorgshybel for eldre – Balsfjord bo- og omsorgssenter |
|  | Psykisk helse |
|  | Rus |
|  | Funksjonshemmede |

**Dagsenter/ aktivitetssenter** (§ 3-2)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Eldre  Dagtilbud til hjemmeboende med demens |
|  | Psykisk helse |
|  | Rus |
|  | Funksjonshemmede |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Trygghetsalarm |
|  | Hjelpeverge – veiledning/ hjelp til søknad |
|  | Hørselskontakt (hjelpemidler) |
|  | Synskontakt (hjelpemidler) |
|  | Individuell plan/ koordinator/ barnekoordinator (§ 7-1) |
|  | Annet (Spesifiser) |

***Det er egne søknadsskjema for parkeringskort, transporttjenestekort (TT-kort) og ledsagerbevis for funksjonshemmede.***

**Fysioterapi/ ergoterapi**

Ta direkte kontakt med tjenesten, tlf.nr. 777 22114.

**Logoped**

Ved sykdom eller lyte kan HELFO dekke kostnadene ved logopedoppfølging.

For at søknaden til HELFO skal innvilges er det behov for henvisning fra fastlege eller spesialist. Henvisningen skal gis til logopeden som vurderer om vilkårene for behandling hos logoped er tilfredsstilt. Du tar selv kontakt med aktuell logoped.

**Informasjon om tannhelsetjenester**

Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi et regelmessig og oppsøkende tilbud til følgende prioriterte grupper, og som har krav på gratis tannbehandling eller behandling til reduserte priser;

* Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.
* Ungdom mellom 18-20 år får tannbehandling til reduserte priser.
* Psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon.
* Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon, og enkelte brukere av hjemmesykepleien.
* Rusmiddelavhengige og personer innen psykisk helse kan ha rett til gratis tannbehandling, dette ved langvarig oppfølging eller opphold i institusjon.

**Samtykke til innhenting av opplysninger**

For å kunne behandle søknaden din raskest mulig ber kommunen om å kunne innhente nødvendige opplysninger om deg.

Jeg gir kommunen samtykke til å innhente og dele opplysninger som er nødvendige for behandling av søknaden med følgende instans (kryss av):

□ Kommunepsykolog □ Helsesykepleier/ skolehelsetjeneste □ Jordmor □ Barneverntjeneste □ PPT □ Barnehage □ Skole □ Boligtjenesten funksjonshemmede □ Koordinerende enhet/ saksbehandler hjemmetjeneste □ Psykisk helsetjeneste □ Rustjenesten □ Aktivitetssenteret □ Fysioterapeut/Ergoterapeut □ Frisklivssentral □ NAV □ Legetjenesten

□ Hjemmetjeneste/ institusjon/ sykehjem/ dagsenter (spesifiser)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Kreftsykepleier

□ Spesialisthelsetjeneste (spesifiser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **Reservasjon for utveksling av informasjon (hva/hvem):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Fullmakten varer inntil søknaden er ferdigbehandlet, men kan når som helst trekkes helt eller delvis tilbake.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signatur søker:** | Sted og dato: | Søkers underskrift: |
| **Søknad utfylt av:** (fullmaktsskjema må vedlegges hvis søker er over 18 år og ikke kan signere) | Sted og dato: | Underskrift: |

**Søknad om tjenester sendes:**

Helse og familieenheten

Arnulv Eide-veien 20, 9050 Storsteinnes

Malangen hjemmetjeneste/ Malangstun sykehjem

Lillehaug 18, 9055 Meistervik

Storsteinnes hjemmetjeneste/ Balsfjord bo- og servicesenter

Arnulv Eide-veien 20, 9050 Storsteinnes

Nordkjosbotn og Laksvatn hjemmetjeneste

Kvienskogveien 3, 9040 Nordkjosbotn

Boligtjenesten for funksjonshemmede

Arnulv Eide-veien 20, 9050 Storsteinnes

Sentralbordet i kommunen tlf 777 22000. Åpningstider: Mandag-fredag: kl.1000– 1400.