Helse- og omsorgstjenesten

**SØKER**

Navn: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Egensøknad

**Tildeling av helse- og omsorgstjenester i Balsfjord kommune**

**Generelt:**

Kommunen har ansvar for å yte nødvendig helsehjelp og tjenester til alle som oppholder seg i kommunen. Tjenesten skal ytes ut fra individuelle behov.

Med denne blanketten kan du på en enkel måte beskrive dine behov for hjelp. Opplysningene vil ligge til grunn for behandlingen og vurderingen av søknaden. Be gjerne kommunen om hjelp ved utfylling av søknaden.

* Noen tjenester har egenandel, mens andre er vederlagsfrie. Du bør gjøre deg kjent med hvilke betalingssatser som gjelder, og hvordan din andel beregnes.
* Du kan også ta kontakt med NAV for nærmere opplysninger om

økonomisk støtte, som blant annet hjelpestønad og grunnstønad.

* Kommunen ved aktuell enhet vil etter mottatt søknad ta kontakt for å utrede ditt hjelpebehov.

**Lovgrunnlaget baseres på Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, og**

**Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1.**

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester § 3-1. Men avhengig av tjenestetype kreves det en viss varighet av oppholdet for at kommunens plikt til å yte tjenester skal inntre.

Ved tildelte tjenester i kommunen vil det bli opprettet journal i dataprogrammet Profil og IPLOS. Dette for å ha kontinuitet og kvalitetssikring i tjenesten som gis.

Du gjøres oppmerksom på at kommunen er forpliktet til å delta i individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Dette er et standardisert verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommuner og sentrale myndigheter. Alle personopplysninger blir anonymisert ved oversendelse til sentrale dataregistre.

**Dine rettigheter rundt saksbehandlingen:**

1. Opplysningene du gir behandles fortrolig.

2. Du har rett til innsyn i saksdokumentene, rett til å få tilføyd mangler, og rett til å få feil

slettet.

3. Vedtaket som fattes kan påklages.

**1. Personalia**

Navn:...........................................................................................................................................

Adresse:.......................................................................................................................................

Fødselsnr. (11 siffer) ............................................................................ Telefon:.........................

Sivilstand: Gift/registrert partner/ samboer /enke/enkemann/ enslig:…………………………

Hjemkommune:............................................................................................................................

Omsorg for barn (alder)…………………………………………………………………………

**2. Nærmeste pårørende (eller annen kontaktperson)**

Navn:......................................................................................

Fødselsnr:……………………………………………(gjelder ved søknad om omsorgsstønad)

Adresse:.......................................................................................................................................

Telefon arbeid: ........................................................................... Telefon privat: ........................

□ Denne personen kan samtykke/medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta dette selv sett x (kryss) hvis ja.

**3. Verge**

Navn:...........................................................................................................................................

Adresse:.......................................................................................................................................

Telefon arbeid: ................................................... Telefon privat:................................................

**4. Fastlege**

Navn:...........................................................................................................................................

Adresse:.......................................................................................................................................

Telefon: ........................................................................................................................................

**5. 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 / koordinering kap 7**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |

**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 bolig  □ Privat/ besøkshjem |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Eldre |
|  | Psykisk helse |
|  | Rus |
|  | Funksjonshemmede |

**Dagsenter/ aktivitetssenter**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Eldre |
|  | Psykisk helse |
|  | Rus |
|  | Funksjonshemmede |

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

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

**Fysioterapi/ ergoterapi**

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

**Logoped**

Ved sykdom eller lyte kan HELFO dekke kostnadene ved logopedoppfølging.

For at søknaden til HELFO skal innvilges trenger man henvisning til logoped fra fastlege eller spesialist. Henvisningen skal gis til logopeden som skal vurdere om vilkårene for behandling hos logoped er tilfredsstilt. Du velger selv hvilken logoped du ønsker å bruke.

Henvisningen må stadfeste

* At pasienten har behov for behandling hos spesialist
* At årsaken til behovet er grunnet i sykdom / lyte

**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.

**6. Beskriv behovet for bistand og årsaken til dette**

.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................….....

............................................................................................................................................................ ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**7. Er du mottaker av tjenester fra kommunen nå?**

□Ja: Spesifiser hvilke tjenester….............................................................................................

□Nei……..

**8. Økonomisk situasjon**

Yrkesaktiv, alderstrygd / annen inntekt, uføretrygdet

hjemmeværende uten inntekt, annet? …...................................................................................

Mottar du hjelpestønad fra folketrygden? Ja……. Sats………….. Nei…..

Har grunnstønad? Ja…… Nei…….

**9. Legeerklæring / dokumenter**

Omsorgstjenesten kan kreve legeerklæring ved behov.

**10. Samtykkeerklæring/ informert samtykke**

* Jeg gir med dette Balsfjord kommune, ved helse- og omsorgstjenesten fullmakt til å innhente de opplysninger som ansees relevante for behandling av søknaden.
* Jeg bekrefter at dette samtykke gis frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.
* Som søker har jeg reservasjonsrettigheter i forbindelse med innhenting av personlige opplysninger.

Jeg reserverer meg imot at informasjon kan innhentes fra:…………………………………..

Sted/dato:……………………………………………………………………………………….

***Søkers/samtykkegivers underskrift***

**11. Dersom egensøknaden er fylt ut på vegne av søker**

**(fullmakt må legges ved)**

Navn:……………………………………………. Telefon:…………………………

**12. Søknaden sendes**

**Enheter i Balsfjord kommune:**

Helse og familieenheten

Arnulv Eide-veien 20

v/ enhetsleder Birgit Iversen

9050 Storsteinnes

Malangen hjemmetjeneste/ Malangstun sykehjem

v/ enhetsleder Marit Tollefsen

Lillehaug 18

Malangstun

9055 Meistervik

Storsteinnes hjemmetjeneste/ Balsfjord bo- og servicesenter

v/ enhetsleder Nina Haugli

Arnulv Eide-veien 20

9050 Storsteinnes

Nordkjosbotn og Laksvatn hjemmetjeneste

v/ enhetsleder Bente Seljelv

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.