

**SØKNADS-/HENVENDELSESSKJEMA FOR  
HELSE- OG OMSORGSTJENESTENE**


<b>SØKER:</b>		
Etternavn og fornavn:		Fødselsnummer: (11 siffer)
Adresse:		SIVILSTAND:
Postnr. /sted:		Gift: <input type="checkbox"/> Samboende: <input type="checkbox"/>
Telefon:		Enke /mann: <input type="checkbox"/> Ugift: <input type="checkbox"/>
		Skilt /separert: <input type="checkbox"/>
Nærmeste pårørende:		Slektsforhold:
Adresse:	Postnr. /sted:	Telefon:
Verge evt. hjelpeverge:		Adresse:
Postnr. /Poststed		Telefon:

<b>HENVENDELSE:</b>		
Bruker: <input type="checkbox"/>	Pårørende: <input type="checkbox"/>	Lege: <input type="checkbox"/> St. Olavs Hospital: <input type="checkbox"/>
Psykiatrisk poliklinikk <input type="checkbox"/>	Helsesøster <input type="checkbox"/>	Andre:
Fastlege:		
Henvendelsesdato:		Dato/sign. for mottatt henvendelse:
Søknaden gjelder:		

<b>SØKNADEN GJELDER</b>					
Hjemmesykepleie			Institusjon korttidsopphold (utredning, rehabilitering, annet)		
Hjemmehjelp			Institusjon langtidsopphold		
Matombringing			Institusjon avlastning		
Trygghetsalarm			Institusjon dagopphold		
Dagtilbud			Institusjon nattopphold		
Hverdagsrehabilitering			Omsorgsbolig		
Støttekontakt			Omsorgsstønad		
Psykisk helsetjeneste			Individuell plan		

**BAKGRUNNELSE FOR SØKNADEN:**

--

**Forts:**

**Ved underskrift gir jeg:**

- samtykke til at nødvendige opplysninger om min helse og behandling kan innhentes og gis til samarbeidende helsepersonell som er med i behandlingen av meg
- samtykke til å innhente nødvendige inntektsopplysninger

**UNDERSKRIFT:**

Sted	Underskrift søker:	Evt. pårørendes underskrift:
Dato		

Søknad sendes/leveres til: Rindal kommune  
Helse- og omsorgsavdelingen  
Sjueheimsvegen 6  
6657 Rindal