

Meløy kommune

**Tildelingskontoret**Gammelveien 5  
8150 ØRNES**SØKNAD HELSE- OG OMSORGSTJENESTER**

PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM SØKER	
Navn:	Fødselsnr (11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr:                      Sted:	Sivilstatus:
Hvor er du folkeregistrert?:	Statsborgerskap:
Språk:	Behov for tolk?
Verge:	Telefon:
Nærmeste pårørende/relasjon:	Telefon:
Fastlege/telefon:	Dato for siste legebesøk:
Tannlege/ telefon:	Dato for siste tannlegebesøk:

**Hvilke tjenester søkes det om?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie                  | <input type="checkbox"/> Institusjon - korttidsopphold   |
| <input type="checkbox"/> Kreftsykepleie                   | <input type="checkbox"/> Institusjon - langtidsopphold   |
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm/velferdsteknologi | <input type="checkbox"/> Institusjon – dag-/nattopphold  |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helse- og rustjeneste    | <input type="checkbox"/> Bolig med heldøgns omsorg       |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt                    | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig                    |
| <input type="checkbox"/> Ledsagerbevis                    | <input type="checkbox"/> Middagslevering                 |
| <input type="checkbox"/> Avlastning i/utenfor institusjon | <input type="checkbox"/> Individuell plan og koordinator |
| <input type="checkbox"/> Omsorgstønad                     | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand – BPA          |
| <input type="checkbox"/> Dagaktivitetstilbud              | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand – hjemmehjelp  |
| <input type="checkbox"/> Dagaktivitetstilbud for demente  | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/opplæring      |
| <input type="checkbox"/> Hverdagsrehabilitering           | <input type="checkbox"/> Annet* _____                    |

*\*Dersom du ikke finner tjenesten du ønsker å søke om, kryss i ruten 'Annet' og beskriv på neste side.*

**Beskriv din helsetilstand og begrunnelse for søknaden (bruk evt. eget ark)**

Oppgi sosiale, helsemessige, og eller økonomiske forhold som kan ha betydning for søknaden.

**Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?**

## Informasjon

Meløy kommune bruker et elektronisk journalføringssystem. Formålet med systemet er å gi våre pasienter og brukere et helhetlig tilbud, og at vi skal overholde kommunens dokumentasjonsplikt. Meløy kommune skal til enhver tid behandle helseopplysninger i tråd med kravene i gjeldende lovverk.

Helse- og velferd har taushetsplikt. For at vi skal kunne innhente opplysninger eller formidle opplysninger videre til de som skal yte tjenester til deg, må du gi oss ditt samtykke. Formålet med å innhente opplysningene er at vi skal kunne avdekke dine behov for kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med å dele opplysningene med tjenesteutøvere er at vi skal kunne gi deg et helhetlig pasientforløp tilpasset dine egne behov, forutsetninger og ressurser.

Opplysningene vi innhenter noteres i din journal. Den har du rett til innsyn i. Meløy kommune er pålagt å sende inn anonymiserte opplysninger om deg og dine behov for tjenester til et nasjonalt register som heter IPLOS.

For mer informasjon om vern av personopplysninger kan du se vår personvernerklæring her: <https://www.meloy.kommune.no/innhold/politikk-og-administrasjon/personvern/>

## Samtykke

Jeg søker om helse- og omsorgstjenester, og gir Meløy kommune ved Tildelingskontoret tillatelse til å innhente og utveksle opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden og yte tjenester til meg. Jeg gir også fullmakt til å innhente inntektsopplysninger for de tjenester Meløy kommune kan kreve betaling for.

Det er frivillig å samtykke, og du kan når som helst trekke samtykket tilbake. Når du leverer denne søknaden, gir du oss ditt samtykke. Vi ber deg derfor om å krysse av for hvilke instanser Tildelingskontoret kan ta kontakt med:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende              | <input type="checkbox"/> Tannlege            |
| <input type="checkbox"/> Sykehus/spesialisthelsetjeneste | <input type="checkbox"/> Barnehage           |
| <input type="checkbox"/> Fastlege                        | <input type="checkbox"/> PPT                 |
| <input type="checkbox"/> Helsesykepleier/helsestasjon    | <input type="checkbox"/> Barn som pårørende  |
| <input type="checkbox"/> Skole                           | <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten |
| <input type="checkbox"/> Apotek                          | <input type="checkbox"/> Andre _____         |

## Bekreftelse

Jeg bekrefter at opplysningene jeg har gitt i søknaden er riktige og fullstendige. Jeg forstår at å oppgi uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til avslag eller at søknaden avvises. Jeg plikter å informere Meløy kommune dersom det skjer endringer i min helsesituasjon som kan ha betydning for behandling av søknaden.

Jeg er kjent med at søknaden og andre saksdokumenter vil bli lagret i Meløy kommunes elektroniske journalsystem, og at jeg har rett til innsyn i saksdokumentene

Jeg har lest og forstått informasjonen over

Søker du på vegne av andre, må du få en signert fullmakt fra den du søker på vegne av. Fullmaktsskjema finner du her:

<https://www.meloy.kommune.no/globalassets/dokumentarkiv/helse-og-velferd/tildelingskontoret/fullmakt.pdf>

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur:

\_\_\_\_\_

*Søker*

\_\_\_\_\_

*Verge/pårørende*

Ønsker du innsyn i opplysninger som er registrert om deg, kan du sende en skriftlig henvendelse til Tildelingskontoret, eller levere henvendelsen der du mottar tjenester.