



Søknadskjema

Helse- og omsorgstjenester

Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13, jf. hol. § 12-1

18.02.2022
Revisjon: 1
Side: 1 av 4

Informasjon om søker

Navn (fornavn etternavn):	Personnummer (11 siffer): <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Kvinne ☐ Mann ☐											
Adresse:	Postnummer og sted:											
Tlf.nr/Mobilnummer:	E-post adresse:											
Bostedskommune:	Språk:											
Sett kryss for det som stemmer for søker: Bor du alene? ☐ Bor du sammen med andre? ☐ Bor du hjemme hos foreldre? ☐ Har du omsorg for barn under 18? ja ☐ nei ☐												

Nærmeste pårørende

Navn:	Tilknytning til søker:
Adresse:	Postnummer. og sted:
Epost:	Tlf.nr/Mobil:

Du kan kun oppgi en person som din nærmeste pårørende, og denne velger du selv. Det er din nærmeste pårørende som vil få informasjon om din helsetilstand og den helsehjelp som ytes. Dette dersom du samtykker i at informasjonen gis, eller hvis forholdene tilsier at informasjon må gis. Helse- og omsorgstjenesten må vite hvem de skal forholde seg til, dersom du skulle bli ute av stand til å ivareta dine interesser (Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3)

Andre kontaktpersoner

Fastlege (navn)	Tlf.nr.
Verge (navn)	Tlf.nr.
Andre (navn- tilknytning)	Tlf.nr.
Andre (navn- tilknytning)	Tlf.nr.



FARSUND KOMMUNE

Postboks 100, 4552 Farsund

Tlf: 38382000

E-post: post@farsund.kommune.no



Søknadskjema Helse- og omsorgstjenester

Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13, jf. hol. § 12-1

18.02.2022
Revisjon: 1
Side: 2 av 4

Hva trenger du hjelp til og hvorfor? Skriv litt om situasjonen din.

(Bruk gjerne eget ark dersom du trenger mer plass å skrive på)

Mottar du eller har du søkt hjelpestønad fra NAV: ja ☐ nei ☐

Gi beskjed til helsetjenesten hvis du selv mener at du har behov for tolk/døvetolk

Behov for tolk: ja ☐ nei ☐ Hvis ja, hvilket språk:

Behov for døvetolk: ja ☐ nei ☐

Når du underskriver samtykker du i at Farsund kommune:

- behandler personopplysninger elektronisk
- kan innhente eller utlevere opplysninger fra samarbeidende personell som er nødvendige for å behandle søknaden. Samarbeidende personell kan f.eks. være lege, spesialisthelsetjenesten, pårørende, andre instanser i kommunen, NAV.
- kan innhente inntektsopplysninger for de tjenester som det kreves egenbetaling for.



FARSUND KOMMUNE

Postboks 100, 4552 Farsund

Tlf: 38382000

E-post: post@farsund.kommune.no



Søknadskjema Helse- og omsorgstjenester

Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13, jf. hol. § 12-1

18.02.2022
Revisjon: 1
Side: 3 av 4

Hvis det er instanser som du ikke gir samtykke til å samarbeide med, må det fremkomme av denne fullmakten. Saksbehandler har taushetsplikt. Samtykket gjelder fram til saken er avsluttet med mindre annet blir avtalt. Samtykke kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst. Instans(er) som ikke har samtykke:

Dato: _____ Underskrift: _____

(søker/verge/foreldre)

Legg gjerne ved relevante opplysninger (opplysninger fra lege, sykehus eller andre)



FARSUND KOMMUNE

Postboks 100, 4552 Farsund

Tlf: 38382000

E-post: post@farsund.kommune.no



Søknadskjema Helse- og omsorgstjenester

Unntatt offentlighet jf. Off.loven § 13, jf. hol. § 12-1

18.02.2022
Revisjon: 1
Side: 4 av 4

Til søkere av helse – og omsorgstjenester

Alle søknader blir behandlet individuelt, i tråd med lovverk, eventuelle forskrifter, retningslinjer og standard kriterier.

Saksgang og klagerett

Når søknaden er mottatt, blir du kontaktet for å avtale eventuelt hjemmebesøk og for utfyllende opplysninger. Du vil få nærmere informasjon om saksgang og innhenting av opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden. Når vedtaket er fattet, vil du motta en skriftlig tilbakemelding.

Du kan klage på kommunens vedtak. Hvis søknaden ikke kan behandles innen 4 uker, vil du få et foreløpig svar hvor vi orienterer deg om når søknaden vil bli behandlet.

Samtykke og taushetsplikt

Det er kun de personene som skal hjelpe deg, som får tilgang til de opplysningene de trenger for å kunne utføre sitt arbeid. Bare dersom du gir samtykke til det, kan informasjon gis til andre. Alle ansatte har taushetsplikt.

Innsynsrett

Gjennom innsynsrett i din journal kan du følge med på om du har mottatt de nødvendige tjenester i tråd med vedtak og planer. Du har rett til å få informasjon om hvilke opplysninger som blir lagret om deg.

Egenbetaling

Dersom det søkes om tjenester som kommunen krever betaling for, vil det bli innhentet nødvendige opplysninger om din/ og eventuelt din ektefelle eller registrerte partner/samboers inntekt fra ligningskontoret og NAV.

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) – et lovbestemt helseregister

Noen av opplysningene som kommunen spør deg om, blir sendt til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). I registeret kan ingen kjenne igjen deg eller opplysningene om deg, da verken navnet ditt eller adressen din blir sendt til registeret. Fødselsnummeret ditt blir lagret kryptert og er skilt fra helseopplysningene dine. En del av de innhentede opplysningene vil bli brukt i statistikk, som blant annet danner grunnlag for videre planlegging av tjenestene. Ingen personer kan gjenkjennes i denne statistikken, fordi alle opplysninger som kan føre til gjenkjennelse er fjernet.



FARSUND KOMMUNE

Postboks 100, 4552 Farsund

Tlf: 38382000

E-post: post@farsund.kommune.no