



**KONGSVINGER KOMMUNE**  
**Helseenheten v/Tildelingsteamet**

## Søknad om helse- og omsorgstjenester

Personalialia		
Navn		Fødselsnr. (11 siffer)
Adresse		Telefon privat
Postnr	Poststed	Telefon arbeid

Gift     Ugift     Samboer     Enke/-mann     Skilt

Nærmeste pårørende (behøver ikke være familiemedlem eller slektning)	
Navn	Telefon privat
Adresse	Telefon arbeid
Evt. slektskap	Evt. ektefelle/samboers fødselsnummer (11 siffer)

Hjelpeverge	
Navn	Telefon privat
Adresse	Telefon arbeid

Fastlege	
Navn	Telefon
Adresse	

**Jeg søker om:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/Hjemmehjelp                      | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie *              |
| <input type="checkbox"/> Boveiledning/Miljøarbeid                          | <input type="checkbox"/> Psykisk helsearbeid *          |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt                                     | <input type="checkbox"/> Korttidsopphold (sykehjem) *   |
| <input type="checkbox"/> Dagtilbud   | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold (sykehjem) *   |
| <input type="checkbox"/> Avlastning  | <input type="checkbox"/> Bofellesskap (med bemanning) * |
| <input type="checkbox"/> Arbeid og aktivitet for psykisk utviklingshemmede | <input type="checkbox"/> Tilrettelagt bolig             |
| <input type="checkbox"/> Omsorgslønn **                                    |   |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse                  |   |

**\* For disse tjenestene må det vedlegges medisinske opplysninger fra lege.**

Andre tjenester/tiltak som du mottar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Mottar du hjelpestønad fra NAV til hjelp i hjemmet?       Ja     Nei

\*\* Gjelder kun omsorgslønn:

Omsorgsyter		
Navn	Fødselsnr. (11 siffer)	Hjelpestønad Ja __    Nei__
Adresse	Tilknytning til søker	Telefon

**Tillatelse til å innhente opplysninger:**

Jeg samtykker i at Kongsvinger kommune i forbindelse med behandling av min søknad innhenter:

- Nødvendige helseopplysninger fra lege og sykehus
- Nødvendige inntektsopplysninger fra NAV
- Nødvendige opplysninger om inntekts- og formuesforhold fra Ligningskontor
- Evt. opplysninger om inntekter fra private pensjonsinnretninger og lignende
- Nødvendige opplysninger fra kommunale tjenesteytende instanser

Dersom andre enn du selv skriver under søknaden må det foreligge fullmakt. Om nødvendig må det også foreligge erklæring fra lege om manglende samtykkekompetanse.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

## SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

---

Begrunnelse for søknaden:

---

### **Kontakt:**

Ved spørsmål og/eller behov for hjelp til å fylle ut søknaden, kontakt servicetorget i kommunen. Servicetorget holder til i Fjellgata 2.

**Telefon: 62 80 80 00**

### **Søknaden sendes:**

Helseenheten v/Tildelingsteamet  
Rådhusgt. 1  
2226 Kongsvinger

### **Opplysninger til søkeren:**

På dette søknadsskjemaet kan du på en enkel måte gi kommunen de opplysningene som er nødvendig for behandlingen av din søknad.

Alle opplysninger som blir gitt i søknadsskjemaet behandles fortrolig. Du har rett til å se alle sakspapirer og dokumenter.

Du vil motta skriftlig svar på søknaden senest innen 4 uker.

Tjenestene dagtilbud, hjemmehjelp/praktisk bistand, korttidsopphold og langtidsopphold må du betale for, og det beregnes vederlag. Vederlagene er forskriftsregulert, og beregnes etter inntekt for tjenestene praktisk bistand/hjemmehjelp og langtidsopphold i sykehjem. Dagtilbud og korttidsopphold har faste priser.