Søknad om PRO-tjenester i Ibestad Kommune

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personalia | | |
| Fornavn | | |
| Etternavn | | Fødselsnummer (11 siffer) |
| Telefon | Mobil | Tlf. arbeid |
| Adresse | | e-post adr. |
| Postnummer | | Poststed |
| Sivilstand:  Gift, samboende, reg. partner Ugift  Enke, enkemann | | Boforhold  Bor alene Bor med flere |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nærmeste pårørende/hjelpeverge/fullmektig | | | |
| Navn | | | |
| Evt. slektskap | | Tilknytning | |
| Adresse | | e-post adr | |
| Postnummer | Poststed | | |
| Tlf arbeid | Tlf private | | Mobil |
| Hjelpeverge  Ja Nei | Navn | | Tlf |

|  |  |
| --- | --- |
| Dagens bosituasjon | |
| Boligtype  Enebolig Leilighet Omsorgsbolig Annet | |
| Annet: | |
| Eier du boligen selv  Ja Nei | Borettslag  Ja Nei |
| Er du for tiden innlagt i institusjon  Sykehjem Sykehus Annet | |
| Institusjonens navn | Forventet utskrivingsdato |

|  |  |
| --- | --- |
| Fastlege | |
| Navn på fastlege | Legesenter |
| Adresse | |

|  |
| --- |
| Helseopplysninger |
| Sykdom/diagnose |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Det søkes om – Velg et eller flere | |
| Praktisk bistand/hjemmehjelp  Støttekontakt  Hjemmesykepleie  Korttidsopphold sykehjem  Dagplass sykehjem  Omsorgsbolig  Individuell plan | Brukerstyrt personlig assistent  Omsorgslønn  Trygghetsalarm  Langtidsopphold sykehjem  Avlastning  Koordinator  Praktisk bistand Miljøarbeidertjenesten |

|  |
| --- |
| Begrunnelse for søknaden |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Tannhelsetjenesten |
| Pasienter som har vært eller forventes å være i ukentlig pleie i hjemmesykepleien i minst 3 måneder, har rett til gratis tannbehandling. Tannklinikken har ikke oversikt over hvem som har mottatt hjemmesykepleie, men om du ønsker det kan hjemmetjenesten oppgi ditt navn og adresse til tannklinikken. Deretter vil du få tilsendt mer informasjon og tilbud om undersøkelse. |
| Kryss av for hva du ønsker  Nei, jeg ønsker ikke at tannhelsetjenesten skal få denne opplysningen.  Ja, jeg ønsker at tannhelsetjenesten skal få oppgitt mitt navn og adresse slik at jeg kan få tilbud om gratis tilsyn og nødvendig behandling. |

|  |  |
| --- | --- |
| Underskrift | |
| Navn | |
| Sted | Dato |

|  |  |
| --- | --- |
| Fullmakt | |
| Jeg gir PRO-tjenesten fullmakt til å innhente de opplysninger som trengs i fra ligningskontor, NAV samt fastlege i forbindelse med behandling av denne søknaden og gir fullmakt til at opplysningene kan lagres i kommunalt journalsystem. Jeg gir saksbehandler innsyn i min journal i forbindelse med saksbehandling av min søknad. | |
| Underskrift søker | |
| Underskrift hjelpeverge/fullmektig | |
| Sted | Dato |

|  |
| --- |
| For PRO-tjenesten |
| Søknad mottatt dato: |
| Underskrift: |

Søknaden sendes til: Ibestad kommune, PRO-tjenesten, 9450 Hamnvik Tlf: 770 99 060