

Søknad om PRO-tjenester i Ibestad Kommune



Personalialia			
Fornavn			
Etternavn		Fødselsnummer (11 siffer)	
Telefon	Mobil	Tlf. arbeid	
Adresse		e-post adr.	
Postnummer		Poststed	
Sivilstand: <input type="checkbox"/> Gift, samboende, reg. partner <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Enke, enkemann		Boforhold <input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor med flere	

Nærmeste pårørende/hjelpeverge/fullmektig			
Navn			
Evt. slektskap		Tilknytning	
Adresse		e-post adr	
Postnummer	Poststed		
Tlf arbeid	Tlf private	Mobil	
Hjelpeverge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Navn	Tlf	

Dagens bosituasjon	
Boligtype <input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig <input type="checkbox"/> Annet	
Annet:	
Eier du boligen selv <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Borettslag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Er du for tiden innlagt i institusjon <input type="checkbox"/> Sykehjem <input type="checkbox"/> Sykehus <input type="checkbox"/> Annet	
Institusjonens navn	Forventet utskrivingsdato

Fastlege	
Navn på fastlege	Legesenter
Adresse	

Helseopplysninger
Sykdom/diagnose

Det søkes om - Velg et eller flere

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand/hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistent |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm |
| <input type="checkbox"/> Korttidsopphold sykehjem | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Dagplass sykehjem | <input type="checkbox"/> Avlastning |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig | <input type="checkbox"/> Koordinator |
| <input type="checkbox"/> Individuell plan | <input type="checkbox"/> 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: