



# Lund kommune

## Søknad om helse og omsorgstjenester

I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kap. 2, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven kap. 3

| PERSONOPPLYSNINGER                                                                                                                                                    |                                    |                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Søkerens navn:                                                                                                                                                        |                                    | Fødselsnummer (11 siffer)             |
| Adresse:                                                                                                                                                              | Postnr.:                           | Sted:                                 |
| Telefonnummer:                                                                                                                                                        | Statsborgerskap:                   | Registrert i folkeregister – kommune: |
| Sivilstatus: <input type="checkbox"/> ugift <input type="checkbox"/> gift/samboer/partner <input type="checkbox"/> enke/-mann <input type="checkbox"/> skilt/separert |                                    |                                       |
| Navn ektefelle/samboer/partner:                                                                                                                                       |                                    | Fødselsnummer (11 siffer)             |
| Telefon søker:                                                                                                                                                        | Telefon ektefelle/samboer/partner: |                                       |
| Nærmeste pårørende:                                                                                                                                                   | Adresse pårørende:                 |                                       |
| Barn som pårørende: JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/>                                                                                          |                                    |                                       |
| Tilknytning til søker:                                                                                                                                                | Telefon pårørende                  |                                       |
| <b>ÅRSAK TIL SØKNADEN:</b><br>Beskriv hva du søker om, dine helseutfordringer og hva du har behov for av bistand                                                      |                                    |                                       |
| <b>HVA ER VIKTIG FOR DEG I DEN SITUASJONEN DU ER I NÅ?:</b>                                                                                                           |                                    |                                       |
|                                                                                                                                                                       |                                    |                                       |

**BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN/TILLEGGSOPPLYSNINGER**

Oppgi sosiale, helsemessige, eller økonomiske forhold, som kan ha betydning for søknaden. Bruk eget ark om nødvendig og legg ved opplysninger fra fastlege, spesialisthelsetjenesten eller andre som kan ha betydning for søknaden.

Telefon: 94017504

Org.nr.: 964 966 486

**OPPLYSNINGER OM NÅR DU SIST BLE VURDERT AV HELSEPERSONELL:**

|                   |                               |
|-------------------|-------------------------------|
| Navn på fastlege: | Dato for siste legebesøk:     |
| Navn på tannlege: | Dato for siste tannlegebesøk: |

**ØKONOMISKE FORHOLD**

|                                                  |                                                         |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv              | <input type="checkbox"/> Dagpenger                      |
| <input type="checkbox"/> Sykepenger              | <input type="checkbox"/> Pensjon (alders/-uføre)        |
| <input type="checkbox"/> Arbeidsavklaringspenger | <input type="checkbox"/> Økonomisk stønad (sosialhjelp) |
| —                                                |                                                         |

**SAMTYKKE TIL Å INNHENTE NØDVENDIGE TILLEGGSOPPLYSNINGER**

Jeg samtykker til at kommunen innhenter opplysninger om mine inntektsforhold fra ligningskontor og NAV. Jeg gir tillatelse til at opplysninger i denne blanketten registreres i IPLOS ( Sentralt helseregister). Jeg samtykker til at kommunen kan utveksle andre relevante tilleggsopplysninger med lege, sykehus og lignende. Jeg samtykker til at kommunen kan innhente de nødvendige opplysninger for å behandle søknaden.

( Se eget vedlegg vedr. bruk og lagring av personlige opplysninger)

Sted:

Dato:

Søkerens underskrift:

*Det er den som trenger hjelp som skal underskrive skjema. Dersom andre undertegner, skal skriftlig fullmakt vedlegges eller ettersendes. Dersom den som søker ikke er i stand til å gi skriftlig fullmakt, begrunnes dette nedenfor:*

Signatur: \_\_\_\_\_

Skjema for søknad sendes til:

Adresse: Forvaltningsenheten Lund kommune Moiveien 9 4460 Moi

Telefon: 94017504

Org.nr.: 964 966 486



Lund kommune  
Helse og omsorg

Til bruk for kommunen:

### IPLOS – Variabler

|                                | <i>Ingen problem</i>     | <i>Ikke behov</i>        | <i>Midd. behov</i>       | <i>Store behov</i>       | <i>Fullt behov</i>       | <i>Ikke relevant</i>     |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <i>Alminnelig husarbeid</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Skaffe seg varer og tj.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Personlig hygiene</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>På- og avkledning</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Toalett</i>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Lage mat</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Spise</i>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Bevege seg innendørs</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Bevege seg utendørs</i>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Ivareta egen helse</i>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Ivareta egen økonomi</i>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hukommelse</i>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Kommunikasjon</i>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Beslutn. i dagliglivet</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Sosial deltakelse</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Styre adferd</i>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Syn</i>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Hørsel</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## **Bruk og lagring av personlige opplysninger:**

*Lund kommune ber om personlige opplysninger når du søker og mottar tjenester.*

*Opplysningene blir innhentet fra deg, pårørende og helsepersonell. Det kan også være aktuelt å innhente opplysninger fra trygdekontor og ligningskontor.*

*Noen av opplysningene vil bli innhentet etter en standard som er utviklet av sosial- og helsedirektoratet (IPLOS). Denne standarden består av systematisert og nødvendig informasjon om din situasjon og helsetilstand. Kommunen trenger opplysningene for å kunne gi deg best mulig hjelp og behandling.*

***Kommunens helse- og sosialtjeneste kan kun be om diagnoseopplysninger der det er relevant og nødvendig for å kunne vurdere bistandsbehov og yte tjenester. IPLOS-forskriften gir ikke unntak fra legens taushetsplikt og gir ikke kommunen hjemmel til systematisk innhenting av helseopplysninger fra lege.***

*Lund kommune har et databasert system for saksbehandling og dokumentasjon (Cosdoc) som vi bruker i våre tjenester. Dette systemet er godkjent av Datatilsynet. Tilsynet har som oppgave å kontrollere at lover og forskrifter følges.*

*Bare de personene som skal hjelpe deg, får adgang til de opplysningene som de trenger for å kunne utføre sitt arbeid.*

*Dersom du gir samtykke til det, kan informasjonen gis til andre. Alle ansatte har lovregulert taushetsplikt.*

*Du har rett til å vite hvilke opplysninger som blir lagret om deg. Disse opplysningene kan du få hos leder for den tjenesten du mottar hjelp fra. Dersom du oppdager feil, kan du ha krav på å få feilen rettet eller slettet.*

*Noen av de innhentede opplysningene benyttes i statistikk. Statistikken benyttes av kommunen og statlige myndigheter til styring og planlegging av tjenestene. I alle statistikker fjernes navn og andre opplysninger som kan føre til at personer gjenkjennes.*

*Evt. behov for hjemmebesøk blir avtalt på forhånd!*

*Med vennlig hilsen*

*Lund kommune  
Moiveien 9  
4460 Moi  
Tlf: 51404800 / 94017504*