



DOVRE KOMMUNE

Pleie- og omsorgsavdelingen

Hjerleids vei 18, 2662 Dovre

Telefon 61 24 20 20

Telefaks 61 24 20 21

e-post: fredheim.omsorgssenter@dovre.kommune.no

www.dovre.kommune.no

SØKNAD OM HJEMMETJENESTER - INSTITUSJONSOPPHOLD

(Konfidensielt)

Søkerens navn:	Adresse:	Boforhold:
Fødselsnummer: (11 siffer)	Telefon:	Bor alene <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Enebolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Generasjonsbolig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Husstanden består forøvrig av:

Navn:

Fødselsnummer:

Nærmeste pårørende: Navn, adresse og telefon:

JEG SØKER OM/TRENGER HJELP TIL: (Egenvurdering av behov)

INSTITUSJONSOPPHOLD:	HJEMMETJENESTER:
<input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold	<input type="checkbox"/> Morgenstell <input type="checkbox"/> Kveldsstell <input type="checkbox"/> Snøbrøyting
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold - avlastning	<input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Dusj/bad <input type="checkbox"/> Matombringing
<input type="checkbox"/> Korttidsopphold - rehabilitering	<input type="checkbox"/> Medisiner/injeksjoner <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm
<input type="checkbox"/> Langtidsopphold	<input type="checkbox"/> Renhold <input type="checkbox"/> Klesvask <input type="checkbox"/> Nøkkelboks
Ved korttidsopphold oppgi ønske om tidsrom for oppholdet:	<input type="checkbox"/> Innkjøp <input type="checkbox"/> Matlaging <input type="checkbox"/> Omsorgslønn
Fra dato: <input type="text"/> Til dato: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Annet, oppgi hva: <input type="text"/>

Begrunnelse for ønsket om hjelp:

Medisinske opplysninger / andre opplysninger - egenvurdering:

Ønske om tidspunkt for hjemmetjenesten

Dag(er):

Klokkeslett:

Ønske om helper(e):

UNDERSKRIFT

som også bekrefter at jeg gir pleie- og omsorgsavdelingen i Dovre fullmakt til å innhente de opplysningene som anses relevante for en rettferdig behandling av søknaden, og at opplysningene blir statistisk bearbeidet i anonymisert form (IPLOS).

Sted og dato:

Søkerens underskrift:

**BEHANDLING AV SØKNAD OM HJEMMETJENESTER - INSTITUSJONSOPPHOLD
(Konfidensielt)**

Søknaden mottatt dato:	Hjemmebesøk ved:	Dato:
------------------------	------------------	-------

Tilleggsopplysninger medisinske forhold:

Andre tilleggsopplysninger av betydning for søknaden:

SØKNADEN ANBEFALES: Innvilget Avslått

Følgende tiltak anbefales:

<p>INSTITUSJONSOPPHOLD:</p> <p><input type="checkbox"/> Dagopphold <input type="checkbox"/> Nattopphold</p> <p><input type="checkbox"/> Korttidsopphold - avlastning</p> <p><input type="checkbox"/> Korttidsopphold - rehabilitering</p> <p><input type="checkbox"/> Langtidsopphold</p>	<p>HJEMMETJENESTER:</p> <p><input type="checkbox"/> Morgenstell <input type="checkbox"/> Kveldsstell <input type="checkbox"/> Plenklipping / snøbrøyting</p> <p><input type="checkbox"/> Sårstell <input type="checkbox"/> Dusj/bad <input type="checkbox"/> Vedarbeid</p> <p><input type="checkbox"/> Medisiner/injeksjoner <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm</p> <p><input type="checkbox"/> Renhold <input type="checkbox"/> Klesvask <input type="checkbox"/> Nøkkelboks</p> <p><input type="checkbox"/> Innkjøp <input type="checkbox"/> Matlaging <input type="checkbox"/> Matombringing</p> <p><input type="checkbox"/> Aktivisering <input type="checkbox"/> Annet, oppgi hva:</p>
---	---

Tidsrom:	Fra dato:	Tidsrom:	Fra dato:	Omfang:
	Til dato:		Til dato:	