



**Bardu kommune**  
Enhet for helse, omsorg og barnevern  
Parkveien 24, 9360 Bardu Tlf. 77 18 55 50

## **SØKER**

Navn:.....

## **Egensøknad**

### **Tildeling av pleie- og omsorgstjenester i Bardu kommune**

#### **Generelt:**

Kommunen er ansvarlig for å yte pleie- og omsorgstjenester når behov melder seg. Omsorgstilbudet gjelder for hjemmeboende, beboere i institusjon, samt beboere med spesielle botilbud.

Med denne blanketten kan du på en enkel måte beskrive dine behov for hjelp. Opplysningene vil ligge til grunn for behandlingen og vurderingen av søknaden. Be gjerne kommunen om hjelp ved utfylling av søknaden.

#### **Dine rettigheter rundt saksbehandlingen:**

1. Opplysningene du gir blir behandlet fortrolig.
2. Du har rett til innsyn i saksdokumentene, rett til å få tilføyd mangler, og rett til å få slettet feil.
3. Vedtaket som fattes, kan påklages.
4. Reservasjon mot innhenting av personlige opplysninger.

#### **Økonomi:**

En del tjenester har egenandel, mens andre er vederlagsfrie. Du bør gjøre deg kjent med hvilke betalingssatser som gjelder, og hvordan din andel beregnes.

Du kan søke om økonomisk hjelpestønad m.v Kontakt kommunen for nærmere opplysninger om slik støtte.

#### **Søknaden:**

Når søknaden er mottatt tar Pleie- og omsorgstjenesten kontakt, og utarbeider et evt. tjenestetilbud i samarbeid med deg.

## **1. Søkers personalia**

Navn: .....

Adresse: .....

Fødselsnr. ( 11 siffer): ..... Telefon.....

Sivilstand:  Gift/registrert partner  Samboer  Enke/enkemann  Enslig

Hjemkommune: .....

## **2. Nærmeste pårørende**

Navn: .....

Adresse: .....

Slektsforhold/tilknytning : .....

Telefon arbeid: ..... Telefon privat.....

Denne personen kan samtykke/ medvirke på vegne av meg dersom jeg kommer i en situasjon hvor jeg ikke kan ivareta meg selv  sett x (kryss) hvis ja.

## **3. Hjelpeverge/ verge**

Navn: .....

Adresse: .....

Telefon arbeid: ..... Telefon privat.....

## **4. For søknad om omsorgslønn, omsorgsyters personalia**

Navn: .....

Adresse: .....

Fødselsnr. ( 11 siffer) ..... Telefon.....

Omsorgsyters tilknytning/ slektsforhold til omsorgsmottaker: .....

## **5. Fastlege**

Navn: .....

Adresse: .....

Telefon: .....

## **6. Tjenester det søkes om – sett X (kryss)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie                                   | <input type="checkbox"/> Langtidsopphold i sykehjem      |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand - opplæring (hjemmehjelp)        | <input type="checkbox"/> Korttidsopphold i sykehjem :    |
| <input type="checkbox"/> Praktisk bistand – daglige gjøremål (hjemmehjelp) | (Avlastning, rehabilitering, utredning og                |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse                  | behandling)  |
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm                                    | <input type="checkbox"/> Dag – og nattopphold i sykehjem |
| <input type="checkbox"/> Matombringing (Middag)                            | <input type="checkbox"/> Omsorgslønn                     |
| <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste                             | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig                    |
| <input type="checkbox"/> Annet (Spesifiser) .....                          |  |



### **11. Tannbehandling (Fylkeskommunal tjeneste)**

Pasienter/brukere 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 mottar hjemmesykepleie, men om du ønsker det kan hjemmesykepleien oppgi ditt navn og adresse til tannklinikken. Deretter vil du få tilsendt mer informasjon og tilbud om undersøkelse.

Kryss av for det du ønsker:

- Ja, jeg ønsker at tannhelsetjenesten skal få oppgitt mitt navn og adresse slik at jeg kan få tilbud om gratis tilsyn og nødvendig tannbehandling
- Nei, jeg ønsker ikke at tannhelsetjenesten skal få denne opplysningen.

### **13. IPLOS-informasjon**

- IPLOS er en forkortelse for Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. Dette er et standardisert verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommuner og sentrale myndigheter i forhold til alle søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Alle personopplysninger blir anonymisert.
- Viser til informasjonsbrosjyre om Iplos.

### **14. Samtykkeerklæring / informert samtykke**

- Jeg gir med dette Bardu kommune, ved pleie- og omsorgstjenesten fullmakt til å innhente de opplysninger som ansees relevante for behandling av søknaden
- Jeg bekrefter at dette samtykke gis frivillig og at det når som helst kan trekkes tilbake.
- Som søker har jeg reservasjonsrettigheter i forbindelse med innhenting av personlige opplysninger. Slik reservasjon kan for eksempel gjelde fra: fastlege, sykehus, ergoterapi, sosialkontor, trygdekontor, ligningskontor og lignende. Dersom slik reservasjon ønskes gjeldende, skriv navnet på instansen under.

Jeg reserverer meg mot at informasjon innhentes fra: .....

Sted/ dato: .....

.....

*Søker/samtykkergivers underskrift*

.....

*Den som innhenter samtykke*

### **12. Dersom egensøknaden er fylt ut på vegne av søker**

Navn: ..... Telefon: .....

---

Ved behov for pleie- og omsorgstjenester, ta kontakt med: **Pleie og omsorgstjenester Bardu Kommune, Parkveien 24, 9360 Bardu. Telefon 77 18 55 50 Fax. 77 18 55 51**  
Åpningstider: Man.- fre.: kl. 08.00 – 15.45 (kl. 08.00 – 15.00 i tidsrommet 15. mai – 15. sept)