|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Søknad om helse-, omsorg- og rehabiliteringstjenester** | | |
| *Det henvises til tjenestebeskrivelse/kvalitetsstandard for helse og omsorgstjenester på hjemmesidene til kommunen for informasjon om tjenester i kommunen. Søknaden sendes Tildelingskontoret, Lesja kommune. Søknaden behandles konfidensielt. Vedtak fattes som hovedregel innen tre uker etter at søknaden er mottatt.* | | |
| Søkerens navn: | | |
| Fødselsnummer 11 siffer: | | Telefon: |
| Adresse: | | Postnr./sted: |
| Bor du alene: (sett kryss) Ja  Nei Hvis nei, hvem bor du sammen med:   |  |  | | --- | --- | | Navn: | Fødselsnummer: | | | |
| Fastlege, navn og telefon: | | |
| Det søkes om:  Dersom søknaden gjelder forlengelse av et vedtak, kryss her: | | |
| Beskriv ditt hjelpebehov og bakgrunn for søknaden inkludert medisinske opplysninger: | | |
| Har du andre kommunale tjenester? Ja  Nei Hvis ja, hvilke? | | |
| Dersom du som søker ikke har fylt ut skjemaet selv, hvem fylte ut:  Navn og telefon:  Relasjon (eks. pårørende eller tjeneste): | | |
| **NÆRMESTE PÅRØRENDE** | | |
| Navn: | | |
| Slektsforhold: | Fødselsnr.: | |
| Telefon: |  | |
| Adresse: | Postnr./sted: | |
| * Kryss av her dersom du ønsker at nærmeste pårørende skal kunne samhandle med Tildelingsenheten, og få opplysninger som fremkommer i søknaden. | | |
| **OPPLYSNINGER OM EVT. VERGE ELLER FULLMEKTIG: (legg ved skriftlig erklæring)** | | |
| Navn: | Telefon: | |
| Adresse: | Postnr./sted: | |
| Fødselsnummer: | Hvilke områder gjelder vergemålet: | |
| **Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)** | | |
| Søker du eller mottar helse- og omsorgstjenester i din kommune blir det registrert opplysninger om deg og ditt behov for hjelp. Noen av opplysningene blir registrert etter en egen standard (IPLOS) og sendt til Kommunal pasient- og brukerregister (KPR).  KPR er et register som inneholder opplysninger om alle som mottar helse- og omsorgstjenester fra kommunen, og kommunen er pålagt å registrere disse opplysningene. Opplysningene som overføres vil bli anonymisert, og vil bli registrert i samarbeid med deg. | | |
| **Samtykke og underskrift** | | |
| Når du underskriver søknaden, samtykker du til at Lesja kommune:   * Behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til de ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen overfor deg. * Innhenter og utveksler nødvendige opplysninger med fastlege, andre helsetjenester, NAV eller andre enheter i kommunen, f.eks. barnevern, barnehage eller skole. * Innhenter opplysninger fra skatt- og ligningsmyndigheter for de tjenestene det kan kreves egenbetaling for, samt pensjonsyter i forbindelse med ev. vedtak om langtidsopphold. * Informasjonen som blir innhentet, vil kun bli brukt til søknadsbehandling, tjenesteyting og beregning av egenandel og etteroppgjør.   Du kan når som helst begrense og/eller trekke tilbake samtykket.  Jeg søker herved om helse-, omsorg- og rehabiliteringstjenester fra Lesja kommune.  Dato: Underskrift:  Fullmaktsskjema må vedlegges dersom du ikke signerer selv. | | |

**Samtykke til å dele opplysninger**

Navn (den som søker tjeneste):

Fødselsnummer:

Nærmeste pårørende:

Samtykke gjelder følgende sak:

Tildelingskontoret for helse-, omsorgs og rehabiliteringstjenester kan behandle personopplysninger elektronisk og samarbeide med og dele opplysninger med (sett kryss):

|  |
| --- |
| * Hjemmetjenesten  Fastlege * Psykisk helsetjeneste  Spesialisthelsetjenesten * Ergo og fysioterapitjenesten Nærmeste pårørende * Eiendomsavdelingen  NAV * Annet |

Tildelingskontoret kan ikke innhente opplysninger om følgende forhold:

**Samtykke:**

Jeg samtykker til at Tildelingskontoret kan dele opplysninger med de enhetene som er krysset av i dette skjemaet. Samtykket gjelder til saksbehandlingen er avsluttet, med mindre annet er avtalt. Samtykket kan år som helst trekkes tilbake eller begrenses.

Jeg er også informert om at manglendesamtykke til samhandling og innhenting av informasjon, vil kunne få innvirkning på saksbehandlers mulighet til å få søknaden tilstrekkelig opplyst.

**Samtykke på vegne av barn under 16 år:**

Dersom barnet har fast delt bosted, må begge foreldre/foresatte signere samtykket.

Informasjon om kommunale helse, - omsorg og rehabiliteringstjenester finnes på kommunens hjemmesider: lesja.kommune.no.

**Sted og dato: Underskrift:**

**Samtykket er innhentet av:**