

**SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE OG OMSORGSTJENESTER**

| | | |
|---------------|-----------------------|-------------------------|
| Navn (søker): | | Fødselsnr. (11 siffer): |
| Adresse: | | Telefon: |
| Postnummer: | Poststed: | Mobilnummer: |
| Sivilstatus: | Bor alene/sammen med: | Telefon arbeid: |

| | | | |
|--|-----------|-----------------|----------------|
| Hovedpårørende: | | Slektskap: | Privattelefon: |
| Adresse: | | Telefon arbeid: | |
| Postnummer: | Poststed: | Mobiltelefon: | |
| Fastlege: | | | |
| Hjelpeverge: | | | |
| Kontakt med andre hjelpeinstanser: | | | |
| Hvilke kommunale tjenester har du fra før: | | | |

| |
|--|
| Hva trenger du hjelp til nå: |
| |
| |
| |
| |
| Begrunnelse for søknaden (funksjonsnivå og diagnose): |
| |
| |
| |

Fullmakt

Jeg gir med dette saksbehandler ved tjenesteområdet fullmakt til å innhente relevante opplysninger som ansees nødvendig for behandling av søknaden. Jeg er kjent med at dette innebærer gjennomføring av en IPLOS-kartlegging av mine behov.

Sted_____
Dato_____
Signatur søker_____
Tilknytning:
Signatur til evt. søknadshjelper/hjelpeverge/foresatt**Søknad sendes: Risør kommune, Pb 158, 4952 Risør**