

# Klæbu kommune

TJENESTETEAMET

Unntatt offentlighet: Offl. § 13

## SØKNAD OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER SØKNAD PÅ KOMMUNALE BOLIGER

<b>Søker navn:</b>		Personnr. (11 siffer)
Adresse		
Postnr.	Poststed	Telefon

<b>Nærmeste pårørende navn:</b>		Relasjon/slektskap
Adresse		
Postnr.	Poststed	Telefon
<b>Fastlege navn:</b>	Legekontor	Telefon

### Hva søkes det om:

----------------------

### Begrunnelse for søknaden: (Ved søknad om ansvarsgruppe – skriv opp aktuelle deltagere)

--

Dato: \_\_\_\_\_ Søkers underskrift: \_\_\_\_\_

Skjemaet fylles ut, signeres og sendes til:

**Klæbu kommune, Tjenesteteamet**

**Postboks 200**

**7541 Klæbu**

Søker må også fylle ut samtykkeerklæring på neste side:

# Klæbu kommune

TJENESTETEAMET

Unntatt offentlighet: Offl. § 13

## SAMTYKKEERKLÆRING (NB! denne må fylles ut for at søknaden kan behandles)

Jeg er kjent med at søknaden min blir vurdert tverrfaglig i tjenestetteamet. Leder av tjenestetteamet er for tiden Morten Strand. Han kan gi opplysning om øvrige deltagere evt svare på aktuelle spørsmål angående behandling av søknaden.

Jeg er informert om at opplysninger om min helsetilstand eller andre personlige forhold som det blir gitt informasjon om, er underlagt taushetsplikt ifølge gjeldende lovverk:

Forvaltningsloven § 13 til 13 e

Helsepersonelloven kapittel 5 § 21-25

Opplæringsloven § 5.4 og § 15.4

Barnevernloven § 6-7

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6

Helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1

Folketrygdloven §§ 21-9, 25-10 og 25-11

## I forbindelse med behandling av min søknad samtykker jeg/vi at følgende instanser kan samarbeide og utveksle informasjon i forhold til følgende hendelse/situasjon:

### Opplysninger kan innhentes fra nærmeste pårørende:

Navn: .....

og/eller utveksles mellom de forskjellige aktørene (sett kryss for aktuelle aktører):

- |   |  |   |                                       |
|---|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten  | <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste | <input type="checkbox"/> Ligningskontor           | <input type="checkbox"/> Fastlege     |
| <input type="checkbox"/> Klæbu sykehjem   | <input type="checkbox"/> Barnevern             | <input type="checkbox"/> Specialisthelsetjenesten | <input type="checkbox"/> Nav          |
| <input type="checkbox"/> Skole/barnehage  | <input type="checkbox"/> Rehab.tjenesten       | avd: .....  | <input type="checkbox"/> PPT          |
| <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien | <input type="checkbox"/> Helsestasjon          | <input type="checkbox"/> Klæbu Industrier         | <input type="checkbox"/> Andre: ..... |

**Samtykke gjelder også innsyn i journal:**  Ja  Nei

Samtykket kan helt eller delvis trekkes tilbake når som helst.

### Opplysninger gis til:

Tjenestetteamet og den som teamet utpeker som saksbehandler.

### Hvilke opplysninger:

Vi innhenter kun opplysninger som er relevant og nødvendig for å kunne behandle din søknad. Vi gjør oppmerksom på at **deler av kommunikasjonen med samhandlende parter skjer elektronisk.**

### Hensikten med at opplysningene gis:

Det er viktig at all relevant informasjon er tilgjengelig, for å få et best mulig grunnlag for vurdering av hjelpebehovet og eventuelt tildeling av tjenester.

### Informasjon gitt til deg:

Jeg har fått relevant informasjon, deriblant informasjon om Iplos - registeret:  Ja  Nei

Samtykker du/dere til at det blir opplyst om diagnoser i Iplos - registeret?:  Ja  Nei

### Tidsavgrensning:

Samtykkeerklæringen gjelder for tidsperioden: Fra..... Til.....

Dato\_\_\_\_\_ Søkers underskrift/samtykke\_\_\_\_\_