

9. Kryss av for den tenesta/dei tenestene du søker på:

Individuell plan	<input type="checkbox"/>	Heimesjukepleie	<input type="checkbox"/>	Matombringning/middagar pr. veke	<input type="checkbox"/>
Heimehjelp	<input type="checkbox"/>	Støttekontakt	<input type="checkbox"/>	Avlastning i bustad/privat heim	<input type="checkbox"/>
Tryggleiksalarm	<input type="checkbox"/>	Kvardagsrehabilitering	<input type="checkbox"/>	Avlastning i institusjon	<input type="checkbox"/>
Omsorgsløn	<input type="checkbox"/>	Dagsenter	<input type="checkbox"/>	Brukartstyrt personleg assistanse	<input type="checkbox"/>
Praktisk bistand opplæring/miljøarbeid	<input type="checkbox"/>			Praktisk bistand daglege gjeremål	<input type="checkbox"/>
Korttidsopphald på Skjåkheimen	<input type="checkbox"/>				
Rulleringsopphald på Skjåkheimen	<input type="checkbox"/>				
Langtidsopphald på Skjåkheimen	<input type="checkbox"/>				

10. Får du privat, ikkje betalt hjelp pr. veke:

Nei Ja, opp til 3t/veke Ja, opp til 9t/veke Ja, over 9t/veke

Underskrift:

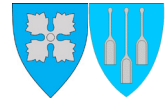
Eg tillet at pleie-og omsorgssektoren innhentar opplysningar om økonomi og opplysningar frå offentlege samarbeidspartnarar når dette trengs for å handsame søknaden.
Pleie-og omsorg nyttar elektronisk pasientjournal.

Stad og dato

Underskrift

Send søknaden til:

Tildelingskontoret for Lom og Skjåk
Moavegen 30
2690 Skjåk



Samtykkeerklæring – utveksling av taushetsbelagte opplysningar i samband tverrfaglig samarbeid

Informasjon

Tilsette i Lom eller Skjåk kommune kan berre utveksle informasjon om meg og saka mi om eg har gjeve samtykke til det. Samtykket skal vera ”informert”.

Eit informert samtykke inneber at eg:

- har fått informasjon om kva opplysningar som skal utvekslast
- veit korleis opplysningane skal brukast og konsekvensane av dette
- er kjent med at det ikkje skal utvekslast fleire opplysningar enn det som er nødvendig
- er kjent med at eg kan nekta at opplysningar om særskilde høve vert utveksla, eller at særskilde fagmiljø eller enkeltpersonar får bestemte opplysningar
- er kjent med dei konsekvensane avgrensingar på informasjon kan ha for arbeidet med den individuelle planen min og for tilbodet til meg

Lovgrunnlag om teingsplikt og opplysningsplikt

Forvaltningslova §13 – 13e

Opplæringslova §

Lov om sosiale tenester § 44

Barnevernlova §6-7

Barnehagelova §

Helse- og omsorgstenestelova §12-1

Helsepersonellova kap 5 §21 – 25

Pasientrettighetslova §3 – 6

Eg samtykker til at desse instansane kan dela teingspliktige opplysningar som gjeld meg/
barnet mitt:

<i>Psykisk helseteneste</i>	
<i>Fastlege</i>	
<i>Heimetenesta</i>	
<i>Sjukeheimen/NGLMS</i>	
<i>NAV</i>	
<i>Spesialisthelsetenesta (Spesifiser)</i>	
<i>Barnevernstenesta</i>	
<i>Friviljugsentralen</i>	
<i>Skulehelsetenesta/Helsestasjon</i>	
<i>Tildelingskontoret</i>	
<i>Andre (Spesifiser)</i>	

Avgrensinger:

Underteikna er innforstått med og samtykker i at det i forbindelse med samarbeid om mitt kommunale tenestetilbod blir utveksla nødvendig teingspliktige opplysningar. Eg er kjent med at eg når som helst kan trekke samtykket tilbake, helt eller delvis. Dette meldast da til koordinator eller kontaktperson i tenesta.

Dato:

Underskrift pasient/brukar/verge/foreldre

Fødselsdato: