



Smøla kommune
Helse og Omsorg
6570 Smøla

SØKNAD OM SYKEHJEMSPLASS, HJEMMETJENESTER, HJEMMESYKEPLEIE ELLER TRYGDEBOLIG

Navn: _____ Fødselsdato: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Fastlege: _____

Pårørende 1: _____ Tlf pårørende: _____

Adresse: _____

Pårørende 2: _____ Tlf pårørende: _____

Adresse: _____

Det søkes om (sett kryss i det alternativet som er aktuelt):

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|
| Hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Hjemmehjelp | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Leilighet Pensjonærheim | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Leilighet Alderspensionat | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Leilighet Tryggheim | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Langtidsopphold sykehjemmet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | |
| Korttidsopphold sykehjemmet | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | evt tidsrom: _____ |
| Avlastningsopphold | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nei | evt tidsrom: _____ |

Opplysninger til søknaden:

Fullmakt til innsending av diagnoser/helseopplysninger ja nei
Fullmakt til å innhente inntektsopplysninger ja nei

Dato/sted: _____ Underskrift: _____