



Seksjon Forvaltning helse og sosial

SØKNAD OM :

STØTTEKONTAKT | AVLASTNING | PERSONLIGASSISTENT

| Personalialia | | |
|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| Søkers navn | Fødselsnummer (11 siffer) | |
| Adresse | Postnr og sted | Telefon privat/ mobil/ arbeid |

| Sivilstand |
|--|
| <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Skilt <input type="checkbox"/> Separert <input type="checkbox"/> Enke /mann |

| Øvrige medlemmer i husstanden | Født |
|-------------------------------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Hjelpevergens navn: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

| Søknaden gjelder (kryss av) |
|---|
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Avlastning <input type="checkbox"/> Personlig assistent |

| Begrunnelse for søknaden |
|--------------------------|
| |

| Diagnose/ funksjonshemming (psykisk/ fysisk) | fysisk | psykisk |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DENNE RUBRIKKEN FYLLES KUN UT VED SØKNAD OM PERSONLIG ASSISTENT

| Hjelpebehov |
|-------------|
| |

| Tilbud på dagtid (kryss av) | |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Skole | Hvilken: |
| <input type="checkbox"/> Arbeid / dagtilbud | Spesifiser: |
| <input type="checkbox"/> Eldresenter | Spesifiser: |
| <input type="checkbox"/> Dagsenter | Spesifiser: |
| <input type="checkbox"/> Andre tjenester | Spesifiser: |

| Hvilke fritidstilbud/ aktiviteter benyttes |
|--|
| |

| Interesser/ hobbyer |
|---------------------|
| |

| Hvor mange timer søkes pr. uke/ mnd? |
|--------------------------------------|
| |

| Hva ønskes timene å brukes til? |
|---------------------------------|
| |

| Eventuelle tilleggsopplysninger, skriv her. |
|---|
| |

SAMTYKKE:

Jeg gir seksjon Forvaltning helse og sosial, Tønsberg kommune fullmakt til å kontakte andre instanser dersom det er nødvendig for å behandle søknaden.

| Underskrift av søker * | | |
|------------------------|------|-------------|
| Sted | Dato | Underskrift |

* evt av den søker har gitt fullmakt. Fullmakt må dokumenteres skriftlig.

Søknadsskjema sendes:

Tønsberg kommune
Seksjon Forvaltning helse og sosial
Postboks 2410
3104 TØNSBERG

Telefon: 33 34 87 30

Viktig informasjon

Ved første gangs søknad:

- Husk å fylle ut søknaden så godt som mulig. Synes du søknaden er uklar eller vanskelig, kontakt gjerne Forvaltning helse og sosial for veiledning.
- Spesielt er det viktig at navn, adresse og fødselsnummer er nøyaktig utfyllt.

Ved søknad om forlengelse:

- Familier / personer som har mottatt hjelp fra Forvaltning helse og sosial tidligere, bør søke på nytt hvis det er behov for videre tjenester.