



Fornavn		Sivilstand
Etternavn		Fødsels- og personnummer
Adresse		Telefon
Postnummer	Poststed	Fastlege
Nærmeste pårørende		Slektskap
Adresse		Telefon

Hva søkes det om (kryss av)	
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Dagopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Praktisk bistand / hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Korttidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> BPA	<input type="checkbox"/> Langtidsopphold i institusjon
<input type="checkbox"/> Avlastning i institusjon	<input type="checkbox"/> Botilbud med heldøgns omsorgstjenester
<input type="checkbox"/> Avlastning utenfor institusjon	<input type="checkbox"/> Individuell plan
<input type="checkbox"/> Støttekontakt	<input type="checkbox"/> Matombringning, middag på kafeen
<input type="checkbox"/> Omsorgslønn	<input type="checkbox"/> Dagtilbud
<input type="checkbox"/> Trygghetsalarm	

Nærmere beskrivelse av hva det søkes på og hvorfor

Dato	Underskrift
------	-------------

Søknaden sendes til: Inderøy kommune, Tildelingskontoret, Meieribakken 7, 7670 Inderøy

Besøksadresse: Meieribakken 7, 7670 Inderøy

Telefon: 74 12 43 54

For ytterligere opplysninger, bruk eget ark.

SE SIDE 2. MÅ FYLLES UT!



Navn	Personnummer
<p>Tildelingskontoret er et forvaltningskontor helse- og omsorgstjenester i kommunen. Underskrevet samtykke gir brukerkontoret anledning til å samarbeide uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, jf. Forvaltningsloven § 13 pkt. 1.</p> <p>Tildelingskontoret kan etter samtykke innhente opplysninger fra andre forhold som angår den enkelte bruker.</p> <p>Samtykke gjelder kun i forbindelse med denne saken, og for opplysninger som er nødvendig for å vurdere denne.</p> <p>Jeg er kjent med at opplysningene blir registrert elektronisk i det kommunale fagprogrammet og i IPLOS. Det kommunale dataverktøyet er godkjent av datatilsynet.</p> <p>Tildelingskontoret kan uten hinder i taushetsplikten innhente/formidle nødvendige opplysninger fra de samarbeidspartnere som er krysset av nedenfor og som er relevant for denne saken:</p>	
<input type="checkbox"/> Omsorgstjenesten <input type="checkbox"/> Fastlege / sykehus <input type="checkbox"/> Den offentlige tannhelsetjenesten <input type="checkbox"/> NAV <input type="checkbox"/> Ligningskontoret <input type="checkbox"/> Bankforbindelser	<input type="checkbox"/> Helsestasjonen <input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> Barnehage, skole arbeid... <input type="checkbox"/> Andre
Spesifiser andre:	
<p>Jeg reserverer meg imot at dere tar kontakt med følgende instanser:</p> <p>Jeg reserverer meg mot at diagnoser oversendes IPLOS-registeret: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei</p>	
Jeg bekrefter at samtykket er frivillig og at samtykket kan trekkes tilbake når som helst.	
Sted	Dato
Brukers underskrift	

Søknaden sendes til: **Inderøy kommune, Tildelingskontoret, Meieribakken 7, 7670 Inderøy**
Besøksadresse: **Meieribakken 7, 7670 Inderøy**
Telefon: **7412 4354**