Hamar kommune

Gerica ID:

Søknadsskjema for Helse- og omsorgstjenester i Hamar kommune

Hvilke tjenester søker du om:

Hjemmebaserte tjenester:

Hjemmesykepleie	☐
Hjemmehjelp	☐
Matombringing	☐
Personlig assistent	☐

Heldøgnsbemannede tjenester:

Tidsbegrenset opphold i institusjon	☐
Langtidsopphold i institusjon	☐
Avlastning i institusjon	☐
Omsorgsbolig m/ heldøgnsomsorgstjenester	☐

Andre tjenester:

Tilrettelagt bolig	☐
Tjenester for funksjonshemmede	☐
Omsorgsstønad	☐
Tekniske hjelpemidler Hvilke:	☐

Psykisk helsearbeid	☐
Dagsenter	☐
Rehabilitering	☐

Personopplysninger om søker:

Navn:		**Fødselsnr.** (11 siffer):	
Adresse:		**Postnr/ Sted:**	
Tlf.nr:		**Mobil:**	
Sivil status:	**Gift/ samboer/ partner** ○ **Skilt/ separert** ○ **Enke-/ mann** ○ **Ugift/ enslig** ◉		
Navn: ***Ektefelle/ samboer***			

Nærmeste pårørende/ hovedkontakt:

Navn:		**Relasjon:**	
Adresse:		**Postnr/ Sted:**	
Tlf.nr:		**Mobil:**	

Hamar kommune

Opplysninger om din helse:
(Sykdom, diagnose(r), undersøkelse(r) og funn)

Fastlege:

Navn:		**Tlf.nr:**	

Dine mål for tjenesten(e) det søkes om:
Dine ressurser og sosiale nettverk:
Hva trenger du bistand til for å oppnå dine mål:

Skal bare fylles ut ved søknad om leilighet:

Din status i forhold til bopel:	**Eier** ☐ **Leier** ☐
Beskriv spesielle forhold/ krav til leilighetens funksjonalitet det søkes om:	
Årsak til at du søker leilighet:	

Hamar kommune

Samtykke

Se vedlegg s. 4 for utfyllende informasjon

Det er en forutsetning at du som søker er informert om hva samtykke innebærer.
Det vil si at du gjøres kjent med hvilke opplysninger som formidles videre, hvem som er mottaker av opplysningene og hva samtykket skal benyttes til.

- ☐ **Jeg samtykker til å motta helsehjelp**
- ☐ **Jeg samtykker i at samarbeidende personell kan utveksle relevant og nødvendig opplysninger for å koordinere og gjøre mitt tjenestetilbud best mulig.**
- ☐ **Jeg samtykker ikke til utveksling av relevante opplysninger om min helsetilstand.**

Sted og dato:	
Søknaden er fylt ut av:	
Søkers signatur:	

Søknaden sendes til:

Hamar kommune, Parkgården v/tjenestekoordinator, Parkgata 35, 2317 Hamar

Hamar kommune

Vedlegg til søknad om Helse og omsorgstjenester i Hamar kommune

Opplysninger til søker:
På dette søknadsskjemaet kan du på enkel måte gi kommunen de opplysinger som er nødvendige for behandling av din søknad. Alle opplysninger behandles fortrolig.

Du vil motta skriftlig svar på søknaden innen 4 uker.

Deler av tjenesten har en egenandel.

Hamar kommune dokumenterer helseopplysninger i elektronisk pasientjournal – søker kan kreve innsyn i hvilke informasjon som er registrert.
Anmodning om innsyn rettes til den som behandler søknaden.

Hamar kommune benytter elektronisk meldingsutveksling.
Meldingsutvekslingen foregår mellom Hamar kommune, fastlege og spesialisthelsetjenesten (som sykehus, behandlingsinstitusjoner)

Samtykke:
Jf – Helsepersonelloven §§ 25 og 45, samt Personopplysningsloven §§ 1 og 2 nr.7

Ved å gi samtykke innebærer dette at:

- Personopplysninger behandles elektronisk (via elektronisk pasientjournal og meldingsutveksling) og tverrfaglig, dvs at opplysninger blir formidlet til de ansatte som er del i saksbehandling og tjenesteyting.
- Nødvendige opplysninger vil kunne bli innhentet fra fastlege, andre enheter i kommunen eller sykehus og andre behandlingsenheter.
- Inntektsopplysninger vil kunne bli innhentet fra skatte-/ likningsmyndigheter for de tjenester det kan kreves egenandel for.
- Samtykke kan trekkes tilbake

Samtykkekompetanse:
Jf – Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1, bokstav b):
"Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pårørende"

Nærmeste pårørende:
Jf – Pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3, bokstav b):

"*Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.*
Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge:
Ektefelle – registrert partner – personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten – barn over 18 år – forelder eller andre med foreldreansvaret – søsken over 18 år – besteforeldre – andre familiemedlemmer som står pasienten nær – verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området."

For mer informasjon om Helse- og omsorg – se www.hamar.kommune.no