



SØKNAD OM HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

SØKER				
Navn:		Fnr.		
Adresse:		Telefon:		
Postnr:	Poststed:	E-post:		
<input type="checkbox"/> Ugift	<input type="checkbox"/> Gift/samboer	<input type="checkbox"/> Enke/enkemann	<input type="checkbox"/> Skilt/separert	

NÅVÆRENDE BOSITUASJON (sett kryss)				
<input type="checkbox"/> Enebolig	<input type="checkbox"/> Leilighet	<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Leier	
<input type="checkbox"/> Bor alene:	<input type="checkbox"/> Bor sammen med andre	Evt. hvem:		

ØKONOMISKE FORHOLD (sett kryss)				
<input type="checkbox"/> Alderspensjon	<input type="checkbox"/> Uførepensjon	<input type="checkbox"/> Annen inntekt	<input type="checkbox"/> Hjelpetønad NAV	

NÆRMESTE PÅRØRENDE/KONTAKTPERSON/HJELPEVERGE/FULLMEKTIG				
Navn:		Slektsforhold:		
Adresse:		Telefon:		
Postnr.:	Poststed:	E-post:		
Kopi av melding ønskes sendt til nærmeste pårørende:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	

SØKERENS FASTLEGE
Navn:
Tilleggsopplysninger:
Opplysning om diagnose:
Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?

Beskriv din helsetilstand og begrunnelse for søknaden.

Oppgi sosiale, helsemessige eller økonomiske forhold som kan ha betydning for søknaden.

SAMTYKKE TIL Å INNHENTE TILLEGGSOPPLYSNINGER (sett kryss)	
Jeg samtykker herved til at det kan innhentes nødvendige tilleggsopplysninger fra følgende: (sett kryss)	
<input type="checkbox"/> Kommunehelsetjenesten/fastlege	<input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten
<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten (somatikk/psykiatri)	<input type="checkbox"/> NAV
<input type="checkbox"/> Andre kommunale tjenester/etater	<input type="checkbox"/> inntektsforhold
<input type="checkbox"/> Evt. andre:	

Dato:	Søkerens/verges underskrift
-------	-----------------------------

Søknad sendes til:

Helse- og omsorgstjenesten

Postboks 84, 9735 Kárášjohka/Karasjok

Tlf. 78 46 80 00