



### HVORFOR TRENGER DU HJELP (Skriv eventuelt på eget ark)

Jeg er	Informasjon og veiledning	<input type="checkbox"/>	Om omsorgstønad:
pårørende	Omsorgstønad	<input type="checkbox"/>	Har du søkt hjelpetønad fra NAV?
som søker om:	Avlastning	<input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>

### FULLMAKT

Ved min underskrift gir jeg helse- og omsorgstjenester fullmakt til å innhente opplysninger som er nødvendige for de tjenestene som skal ytes, fra eksempelvis fastlege, spesialisthelsetjenesten, sykehus og kjernejournal. Fullmakten gjelder også innhenting av opplysninger for å kunne fastsette eventuell egenbetaling for hjemmetjenester eller vederlag på institusjon. Jeg samtykker også i at opplysninger kan gis videre til nødvendige samarbeidspartnere.

Dato \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_

### VEILEDNING

Søknaden må skrives ut og sendes pr post til adressen du finner under.

Etter at tildelingsteamet har mottatt søknaden vil du bli kontaktet av en saksbehandler.

Det kan da bli avtalt et tidspunkt hvor vi vil komme på vurderingsbesøk til deg for å innhente ytterligere opplysninger før det blir fattet et vedtak.

Alle opplysninger vi innhenter vil bli nedskrevet i din personlige elektroniske journal. Du kan når som helst be om å få innsyn i journalen.

Svar på søknaden vil foreligge innen 4 uker etter mottatt søknad.

### Søknaden sendes pr post til:

Mottaker	<b>Tildeling Helse- og omsorgstjenester</b>
Adresse	Øyer Helsehus
Postboks	Kjørkjebakken 11
P.nr / Sted	<b>2635 Tretten</b>
Telefon	948 00 936