

Bodø kommune
Tildelingskontoret
Postboks 319
8001 Bodø

SØKNAD HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM SØKER	
Navn:	Fødselsnr (11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr: Sted:	Sivilstatus:
Verge:	Telefon:
Fastlege:	Telefon:
Nærmeste pårørende/relasjon:	Telefon:

Hva søknaden gjelder:

- | | | | | |
|--|---|--|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Helsetjenester i hjemmet | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand | <input type="checkbox"/> Støttekontakt | <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm | <input type="checkbox"/> BPA |
| <input type="checkbox"/> Korttidsplass i institusjon | <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad | <input type="checkbox"/> Avlastning | <input type="checkbox"/> Individuell plan | |
| <input type="checkbox"/> Langtidsplass i institusjon | <input type="checkbox"/> Dagsenter | <input type="checkbox"/> Middagsombringing | <input type="checkbox"/> Annet | |

Begrunnelse (bruk eventuelt eget ark)

Jeg søker om helse- og omsorgstjenester, og gir herved Tildelingskontoret tillatelse til å innhente og utveksle opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden. Det gis også fullmakt til å innhente inntekstopplysninger for de tjenester det kan kreves betaling for.

Dato: _____ Underskrift: _____