



Skjemaet sendes til: Andøy kommune  
Tildelingskontoret  
Postboks 187, 8483 Andenes

Eller leveres til: Andenes Rådhus,  
publikumssenteret

Side 1 av 3

**Ikke offentlig, jf. Offentleglova § 13**

Informasjon		
<b>Tjenestene kommunen tilbyr</b> Helse- og omsorgstjenester som tilbys i Andøy kommune består blant annet av helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand/opplæring i daglige gjøremål, personlig assistanse, brukerstyrt personlig assistanse, avlastning, støttekontakt, omsorgsstønad, kort- eller langtids institusjonsopphold, dagaktivitetstilbud for demente, trygghetsalarm og kommunal omsorgsbolig.		
<b>Saksbehandlingsprosessen</b> Det er kommunen, på bakgrunn av den faglig forsvarlige vurderingen av dine behov og hvordan de kan dekkes, som avgjør om du vil få helse- og omsorgstjenester, hvilke tjenester du vil få tildelt og omfanget av disse.		
Selv om det er kommunen som tar avgjørelsen om tjenestetilbudet du vil få, er det fint om du oppgir i søknaden de ønsker eller oppfatninger du har om hvilke tjenester du mener best vil kunne dekke dine behov for nødvendig hjelp. Dersom det vurderes slik at det er behov for ytterligere opplysninger under saksbehandlingen, vil det bli avtalt kartleggingsbesøk.		
Hvem søker		
Navn		Personnummer (11 siffer)
Adresse		Telefonnummer
Postnr.	Poststed	Fastlege
Nærmeste pårørende		
Navn		Forhold til søker/relasjon
Adresse		Telefon
Boligsituasjon		
Bor du alene? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		
Hvis NEI, hvem bor du sammen med (relasjon)		

Hva søkes det om?

Hvis det søkes om avlastning eller omsorgsstønad, navn på pårørende som søker:	
Navn	Forhold til søker/relasjon
Adresse	Telefon

Tjenester	
Har du tidligere mottatt, eller mottar du i dag helse- og omsorgstjenester i kommunen:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hva trenger du hjelp til?	
Beskriv ditt hjelpebehov. Begrunn så konkret som mulig. (Hvis du behøver med plass å skrive på, bruk eget ark)	
Diagnoser/helseplager:	
Helseopplysninger må dokumenteres. Er dokumentasjon vedlagt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Underskrift		
Sted	Dato	Søkers underskrift

Behøver du hjelp med utfylling av søknaden, kontakt Tildelingskontoret.  
Telefon 941 61 726 mellom kl 10.00-14.00.

*Søknaden sendes til:*

**Andøy kommune**  
Tildelingskontoret  
postboks 187  
8483 Andenes

**Husk skjema for samtykke på side 3**

## Samtykkeerklæring i forbindelse med søknad om helse- og omsorgstjenester

Opplysninger om samtykke		
Navn	Adresse	Fødselsnummer (11 siffer)
<b>Informasjon om taushetsplikt</b>		
<p>Omsorgstjenesten (Tildelingskontoret) er pålagt taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonelloven kapittel 5 § 21. Taushetsplikt er ikke til hinder for at opplysninger gjøres kjent for andre, dersom den som har krav på taushet samtykker jf. Forvaltningsloven § 13 a punkt 1 og Helsepersonelloven § 22. Taushetsbelagte opplysninger kan likevel gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, med mindre pasienten motsetter seg det jf. Helsepersonelloven § 25.</p> <p>Samtykke gjelder kun i forbindelse med denne saken og for opplysninger som er nødvendige for å vurdere søknaden.</p>		
<b>Instanser</b>		
Tjenestekontoret kan uten hinder av taushetsplikt innhente relevante opplysninger fra følgende etater/samarbeidspartnere:		
Instans	Type opplysninger	
<b>Underskrift</b>		
Jeg bekrefter at dette samtykket er frivillig. Samtykket kan trekkes tilbake når som helst.		
Sted	Dato	Signatur