

Bodø kommune  
**Tildelingskontoret**  
Postboks 319  
8001 Bodø

## SØKNAD HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

PERSONLIGE OPPLYSNINGER OM SØKER	
Navn:	Fødselsnr (11 siffer):
Adresse:	Telefon:
Postnr:                      Sted:	Sivilstatus:
Registrert i folkeregisteret i hvilken kommune:	Statsborgerskap:
Behov for tolk?	Språk:
Verge:	Telefon:
Nærmeste pårørende/relasjon:	Telefon:
Fastlege/telefon:	Dato for siste legebesøk:
Tannlege/ telefon:	Dato for siste tannlegebesøk

### Hvilke tjenester søkes det om?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Helsetjenester i hjemmet                 | <input type="checkbox"/> Institusjon - korttidsopphold/avlastning |
| <input type="checkbox"/> Helsetjenester i hjemmet - psykisk helse | <input type="checkbox"/> Institusjon - langtidsopphold            |
| <input type="checkbox"/> Trygghetsalarm                           | <input type="checkbox"/> Praktisk bistand                         |
| <input type="checkbox"/> Omsorgsstønad                            | <input type="checkbox"/> Individuell plan                         |
| <input type="checkbox"/> Støttekontakt                            | <input type="checkbox"/> Dagopphold                               |
| <input type="checkbox"/> Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)   | <input type="checkbox"/> Velferdsteknologi                        |

**Beskriv din helsetilstand og begrunnelse for søknaden (bruk evt. eget ark)**

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

**Hva er viktig for deg i den situasjonen du er i nå?**

## Informasjon

Bodø kommune bruker et elektronisk journalføringssystem. Formålet med dette systemet er å gi et helhetlig tilbud, samt å ivareta kommunens dokumentasjonsplikt. Bodø kommune skal til enhver tid behandle helseopplysninger i tråd med de krav som følger av gjeldende lovverk.

Helse- og omsorgstjenesten er pålagt taushetsplikt. For at tjenesten skal kunne innhente eller formidle informasjon om din helsetilstand, samt utøve helse- og omsorgstjenester til deg må du gi oss ditt samtykke.

Formålet med å dele opplysningene med interne og eksterne tjenesteutøvere, samt pårørende er som følger:

- Være i stand til best mulig å kunne identifisere ditt behov.
- Kunne gi deg et best mulig tilbud basert på dine egne ressurser og behov.
- Sikre deg et helhetlig pasientforløp, hvor både leger, spesialisttjeneste og kommunal helsetjeneste kjenner deg og ditt forløp

Det er en forutsetning at opplysningene som innhentes/utveksles noteres i din journal. Du har rett til innsyn i egen journal. Bodø kommune er pålagt å sende inn anonymiserte opplysninger om deg og dine behov i et nasjonalt register. (IPLOS)

For mer informasjon om vern av personopplysninger se vår personvernerklæring på [www.bodo.kommune.no](http://www.bodo.kommune.no)

## Samtykke

Jeg søker om helse- og omsorgstjenester, og gir herved Bodø kommune ved Tildelingskontoret, og aktuelle tjenesteytere i Helse- og omsorgsavdelingen tillatelse til å innhente og utveksle opplysninger som er nødvendig for å behandle søknaden og yte tjenester. Det gis også fullmakt til å innhente inntektsopplysninger for de tjenester det kan kreves betaling for.

- Vi gjør oppmerksom på at Bodø kommune har et samarbeid med Salten brann ang brannforebygging når du innvilges tjenester i hjemmet.
- Anonyme personopplysninger som innhentes kan bli benyttet i interne statistikker og analyser i Bodø kommune.
- Helseopplysninger fra fastleger innhentes alltid.

Det er frivillig å samtykke og du kan når som helst trekke ditt samtykke tilbake. Når du leverer denne søknaden gir du ditt samtykke. Vi vil derfor be deg om å krysse av for hvilke instanser kommunen kan ta kontakt med.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nærmeste pårørende  | <input type="checkbox"/> Tannlege           |
| <input type="checkbox"/> Sykehus/spesialist  | <input type="checkbox"/> Barnehage          |
| <input type="checkbox"/> Apotek              | <input type="checkbox"/> Skole/PPT          |
| <input type="checkbox"/> Helsesøster         | <input type="checkbox"/> Barn som pårørende |
| <input type="checkbox"/> Skole               | <input type="checkbox"/> Salten Brann       |
| <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten | <input type="checkbox"/> Andre.....         |

## Bekreftelse

Jeg/vi bekrefter at de opplysningene som er gitt i søknaden er riktige og fullstendige, og er innforstått med at uriktige eller ufullstendige opplysninger kan føre til avslag eller at søknaden avvises. Jeg/vi plikter å informere kommunen dersom det skjer endringer i helsesituasjonen som kan ha betydning for søknaden.

Jeg/vi er kjent med at søknaden og andre saksdokumenter vil bli lagret i kommunens elektroniske journalsystem, og at jeg/vi har rett til innsyn i saksdokumentene.

Jeg har lest og forstått informasjonen som nevnt over.

Søker du på vegne av andre, må du få signert fullmakt fra den du søker på vegne av. Fullmaktsskjema finner du her: <https://bodo.kommune.no/sok-helse-omsorgstjenester/>

Sted: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Signatur:

\_\_\_\_\_  
*Søker/tjenestemottaker*

\_\_\_\_\_  
*Verge/pårørende*

Ønske om innsyn i opplysninger som er registrert om deg sendes på eget skjema til Bodø kommune Tildelingskontoret pb. 319 8001 Bodø eller leveres der hvor du mottar tjenester, de vil da videresende til Tildelingskontoret. Skjema for slik henvendelse finnes på <https://bodo.kommune.no/innsyn-pasientjournal/>