

BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN (Fort.)

Annet

NB! Legeerklæring og ev. andre dokumenter må legges ved**HVILKE TJENESTER MOTTAR SØKEREN?**

Tjenester	Ja eller Nei	Omfang
Dagopphold		
Hjemmesykepleie		
Hjemmehjelp		
Avlastning		
Korttidsopphold		
Fysioterapi		
Ergoterapi/tilpasning av hjelpemidler/		
Fysisk tilrettelegging av bolig		
Skolefritidsorning Støttekontakt		
Andre fritidstilbud		
TT-kort		
Hjelpestønad (med sats i kroner PR. måned)		
Bil		
Ansvarsgruppe		
Andre tjenester		

FULLMAKT

Jeg /vi gir med dette behandlende instans fullmakt til å kontakte behandlende lege og andre tjenesteytere for å få opplysninger som er nødvendige for å avgjøre søknaden.

UNDERSKRIFT

Sted

Dato

