



Søknad om helse- og omsorgstjenester

BERGEN KOMMUNE

Kommunen vil sammen med deg og dine pårørende vurdere tiltak og tildele tjenester slik at du skal kunne mestre egen hverdag og leve så selvstendig som mulig.

Tjenester jf helse- og omsorgstjenesteloven:

- Hjemmesykepleie, psykiatrisk hjemmesykepleie § 3-2 nr. 6 a
- Hverdagsrehabilitering § 3-2 nr 6 a
- Praktisk bistand/opplæring, støttekontakt § 3-2 nr. 6 b
- Aktivitetstilbud for demente § 3-2 nr 7
- Opphold i sykehjem og omsorgssenter – Rehabilitering/korttid/langtid § 3-2 nr. 6 c
- Avlastningstiltak, omsorgsstønning og veiledning til pårørende § 3-6
- Brukerstyrt personlig assistanse § 3-8
- Individuell plan og koordinator § 7-1 og 7-2

Kommunale servicetyelser:

- Omsorgsbolig, OmsorgPluss, bolig i bofellesskap/samløkaliserte boliger for utviklingshemmede, boliger for mennesker med psykiske lidelser
- Aktivitetssenter
- Velferdsteknologiske løsninger
- Ledsagerbevis for funksjonshemmede

Søknad om tjenester til eldre, funksjonshemmede og somatisk syke sendes:

| | | |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------|
| Vurderingskontoret Nord/Sentrum | Postboks 7700, 5020 Bergen | Tlf. 55 56 70 70 |
| Vurderingskontoret Sør/Vest | Postboks 85 Nesttun, 5852 Bergen | Tlf. 55 56 51 90 |

Søknad om tjenester til voksne med psykiske lidelser sendes:

| | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------------|
| Forvaltningsenhet psykisk helse | Postboks 7700, 5020 Bergen | Tlf. 55 56 84 70 |
|---------------------------------|----------------------------|------------------|

Søknad om tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming sendes:

| | | |
|---|----------------------------|------------------|
| Forvaltningsenheten tjenester til utviklingshemmede | Postboks 7700, 5020 Bergen | Tlf. 40 81 20 53 |
|---|----------------------------|------------------|

Søknad om tjenester til barn og unge med psykiske lidelser sendes:

| | | |
|--|-----------------------------|------------------|
| Forvaltningsenhet psykisk helse til barn og unge | Nygårdsgaten 6, 5015 Bergen | Tlf. 55 56 86 70 |
|--|-----------------------------|------------------|



Søknad om helse og omsorgstjenester.

BERGEN KOMMUNE

Se informasjon på baksiden av skjema.

| | | | | |
|---|---|---------------------|---|--|
| Søker: | Etternavn: | | Fornavn: | |
| | Gatenavn/husnr.: | | Postnr.: | |
| | Bruksenhetsnr: | | Poststed: | |
| | Fødselsnr. 11 siffer: | | Reg. i folkeregisteret i hvilken kommune: | |
| | Telefon: | | Statsborgerskap: | |
| | Sivilstatus (sett kryss): Ugift: <input type="checkbox"/> Gift/samboer/reg. partner: <input type="checkbox"/> Enke/-mann: <input type="checkbox"/> Skilt/separert: <input type="checkbox"/> | | Navn ektefelle/samboer/partner: | |
| | Bor alene: JA <input type="checkbox"/> / NEI <input type="checkbox"/> | | Fødselsnr.11 siffer: | |
| Pårørende/ verge: | Etternavn, fornavn: | | | |
| | Adresse: | | Postnr.: Poststed: | |
| | Tilknytning til søker: | Tlf. privat: | Tlf. arbeid: | |
| Hva søker du om? | Beskriv ditt hjelpebehov og hva som er viktig for deg: | | | |
| Ønskes kopi av vedtaket sendt til: | Kopi sendes til fastlege: <input type="checkbox"/> | Etternavn, fornavn: | | |
| | Kopi sendes andre: <input type="checkbox"/> | | | |
| | Adresse: | Telefon privat: | Telefon arbeid: | |
| Signatur søker: | Sted og dato: | | Søkers underskrift: | |
| Søknad utfyllt av: (fullmaktsskjema må vedlegges hvis søker ikke kan signere) | Sted og dato: | | Underskrift: | |

Alle søknader om tjenester registreres i kommunens IT-system. Du som søker kan kreve innsyn i hvilken informasjon som er registrert.

Forespørsel rettes til saksbehandler eller de som gir deg tjenester.