



SØKNAD OM PÅRØRENDESTØTTE (avlastning, omsorgsstønad, råd og veiledning)

Unntatt offentlighet jf. Off.l. §13 og Fvl. §13

Den som gir omsorgen	
Navn:	Adresse:
Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:
Tilknytning til omsorgsmottaker:	

Den som mottar omsorgen	
Navn:	Adresse:
Fødselsnummer (11 siffer):	Telefon:
Bor du alene? Ja ☐ Nei	Bor sammen med:

Har du hjelpestønad? ☐ Ja ☐ Nei	Har du søkt om hjelpestønad? ☐ Ja ☐ Nei
Hvis ja, hvilken sats?	
Kontonummer (ved søknad om omsorgsstønad):	

Informasjon om saksgang
Når søknaden er mottatt, vil vi innhente nødvendig informasjon for å behandle søknaden. Vi vil vurdere dine hjelpebehov, og avgjøre om du har rett til å få kommunale tjenester og omfanget av disse. Dersom søknaden din ikke behandles innen 4 uker, vil du få et foreløpig svar med orientering om når søknaden vil bli behandlet.
Hvor skal søknaden sendes?
Du må sende søknaden til Helse- og omsorgskontoret, Åfjord kommune, Postboks 54, 7169 Åfjord.
Spørsmål?
Ta kontakt med Helse- og omsorgskontoret/koordinerende enhet via sentralbordet til Åfjord kommune, tlf. 72 51 00 00.





Begrunnelse (vær så konkret som mulig)

Hvilke utfordringer har omsorgsmottaker? Hvilke omsorgsoppgaver gjør du, og på hvilken måte er omsorgsarbeidet belastende for deg? Hva slags støtte ønsker du som pårørende å få?

Jeg samtykker til at Helse- og omsorgskontoret kan innhente opplysninger som er nødvendige for å behandle søknaden. Videre samtykker jeg til at nødvendige opplysninger blir utvekslet med aktuelle tjenester for å sikre et forsvarlig tjenestetilbud.

Underskrift omsorgsmottaker:	Sted/dato:
Underskrift søker:	Sted/dato:
Dersom søknaden gjelder barn mellom 16 og 18 år:	
Underskrift barn over 16 år (omsorgsmottaker):	Sted/dato:
Underskrift foresatte:	Sted/dato:

