

SØKNAD OM ALDERSBOLIG / OMSORGSBOLIG

Søkerens navn:

Personnummer (11 siffer): _____ Sivilstand: _____

Adresse:

_____ Telefon: _____

Fastlege:

Pårørende: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Slektsforhold: _____

DET SØKES OM (SETT X):

<input type="checkbox"/>	OMSORGSBOLIG, KORSVOLD OMSORGSSENTER
<input type="checkbox"/>	TORPA ALDERSBOLIG
<input type="checkbox"/>	KOMMUNAL ALDERSBOLIG
<input type="checkbox"/>	BOFELLESKAP
<input type="checkbox"/>	ALDERSBOLIG, RUDSGATA BORETTSLAG (Innskuddsleiligheter)
<input type="checkbox"/>	ALDERSBOLIG, NORDRE LAND HELSELANG

For beskrivelse av behovet, bruk baksiden.

Postadresse:
Postboks 173
2882 Dokka

Besøksadresse:
Storgata 28
2870 Dokka

Telefon: 61 11 60 00
E-post: postmottak@nordre-land.kommune.no
Org.nr: 861 381 722
Kto.nr.: 2075 07 03152

KORT BESKRIVELSE AV BEHOVET FOR TJENESTEN – BEGRUNNELSE FOR SØKNADEN:

Jeg gir herved tillatelse til at det kan innhentes nødvendige opplysninger fra andre offentlige instanser i forbindelse med behandlingen av denne søknaden, herunder medisinske opplysninger og opplysninger fra trygdekontor og ligningskontor.

Evt. andre instanser: _____

Samtidig gir jeg tillatelse til at opplysningene registreres i kommunens fagsystem for helse- og omsorgstjenester, samt et anonymt nasjonalt helseregister (IPLoS).

DATO: _____

SØKERS UNDERSKRIFT:

EVT. PÅRØRENDE ELLER HJELPEVERGE:

Søknaden leveres:

Tildelingskontoret for pleie- og omsorgstjenester
Nordre Land kommune, Helse og omsorg
Landmovn. 5 A
2870 Dokka