

# Søknad om individuell plan

Heimel i Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og pasientrettighetsloven § 5-2

Skjema kan fyllast ut av den i hjelpeapparatet som har kontakt med søker, av søker eller av pårørende.

<b>Namn på søker</b>	<b>Fødsels nr.</b>
<b>Adresse</b>	<b>Telefon</b>
<b>Namn på føresette (Barn under 18 år)</b>	<b>Ev. verge</b>

<b>Sett kryss</b>	<b>Tenesteområde</b>	<b>Nå mottar eg desse tenestene</b>	<b>Treng truleg desse tenestene</b>
	Omsorgstenester		
	Barnevernstenester		
	Barnehage/skole		
	Helsetenester		
	Nav		
	Spesialisthelsetenester		
	PPT		
	Anna		

Kort grunngjeving for søknad:

Koordinerende eining består av ti medlemmer som representerer desse fagområda/tenestene:

Helsestasjon, legekontor, Fysio/ergoterapiteneste, heimeteneste, NAV, Psykisk helse, Faatunet, einingsleiar for helsetenester samt Finnøy Sentralskule ved behov.

Dette for å sikre ein fagleg sterk vurdering av din søknad.

Eg samtykker i at representantar (evt. utanom dei nemnt i feltet under) i koordinerende eining kan få innsyn i mi sak.

Dato	Søker si underskrift
------	----------------------

Har du innvendingar mot at nokre av dei ovannemnde skal få innsyn i di sak, ver vennleg å oppgi det i feltet under.

Eg ønsker ikkje at desse får innsyn i mi sak:
---

Søknad sendes: Finnøy kommune, v/ Rawaz Aziz, Judabergvegen 6, 4160 Finnøy. Telefon: 51 71 47 00 – direkte 51 71 47 49