



Søknad om støttekontakt.

konfidensielt

Søkerens navn	
Adresse	
Telefon.	Fødselsnr. (11.siffer)

Husstanden for øvrig	Navn.	Født	Slekt/familieforhold
Nærmeste pårørende/kontaktperson	Navn/adresse	Tlf	Slekt/ familieforhold/ eller lignende

Ønske og omfang

--

Støttekontakt er vederlagsfritt.
Kommunen avlønner støttekontakten med satser bestemt av kommunestyret.

Fullmakt/underskrift

Sted	Dato	Underskrift
------	------	-------------

- Søknaden sendes til avdelingsleder for hjemmesykepleien,
adresse: Beiarn sykehjem
8110 Moldjord