



Søknad om trygghetsalarm.

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

Medisinske opplysninger

Spesielle medisinske opplysninger	Behandelende lege
-----------------------------------	-------------------

Sosialmedisinske opplysninger.

Bolig forhold	<input type="checkbox"/> Leilighet <input type="checkbox"/> Moderne Antall rom..... Antall husmedlemmer..... <input type="checkbox"/> Enebolig <input type="checkbox"/> Umoderne	
Bevegelsesevne	<input type="checkbox"/> Kan gå reise seg fra seng eller stol <input type="checkbox"/> Dårlig rygg/trenger stokk/stav <input type="checkbox"/> Trenger gangstøtte <input type="checkbox"/> Kan ikke gå i trapper <input type="checkbox"/> Trenger personstøtte	

Omfang/ønske

Hvilket behov har du.	<input type="checkbox"/> Alarm i snor rundt halsen <input type="checkbox"/> Alarm med klokke reim på armen	Annet:
-----------------------	---	--------

Søkerens/husstandens samlede skattbare inntekt.

- Under 2 G i inntekt blir alarmprisen slått sammen med hjemmehjelps prisen. Over 2 G er det en fast månedspris, se hjemmesider til Beiarn kommune, eller ring hjemmesykepleien for pris.

navn	Brutto Kr	Netto Kr
navn	Brutto Kr.	Netto Kr
Til sammen	Brutto Kr	Netto Kr

Fullmakt/underskrift

Jeg gir fullmakt til å innhente de nødvendige opplysningene, bl.a. fra lignings- og trygdekontor som er nødvendig for denne søknaden.

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

- Søknaden sendes til: Beiarn kommune, avdelingsleder for hjemmesykepleien, 8110 Moldjord.