



Søknad om ambulerende vaktmester

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	Behandlerende 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	Spesielle opplysninger
	Oppvarming <input type="checkbox"/> Elektrisk <input type="checkbox"/> Sentralfyrt <input type="checkbox"/> Olje <input type="checkbox"/> Ved	
Bevegelsesevne	<input type="checkbox"/> Kan gå reise seg fra seng eller stol <input type="checkbox"/> Dårlig rygg/trenger stakk/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"/> Plenklipping <input type="checkbox"/> Vedbæring <input type="checkbox"/> Snemåking	Annet:
-----------------------	---	--------

Søkerens/husstandens samlede skattbare inntekt.

* pris pr time avhengig av inntekt på ambulerende vaktmesterhjelp

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.