



Kinn kommune

Søknad om personleg koordinator

(sett kryss)

Søknad om koordinator og individuell plan

(sett kryss)

Etter Lov om helse- og omsorgstjenester §7-2: "For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan".

Fra forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: Koordinator skal utnevnes uavhengig av om bruker ønsker individuell plan.

Etter lov om pasient og brukarrettigheter § 2-5. "Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern".

Namn: _____ **Personnr:** _____

Adresse: _____ **Postnr/ stad:** _____

Telefonnummer _____ **Sivilstand:** _____

Nærmaste pårørende: _____ **Namn på fastlege:** _____

Beskriv kort ditt behov for koordinerte tjenester: (Vanskar med skule-eller arbeidssituasjon, helse-og omsorgsbehov, bustadsituasjon, familiesituasjon, fritid, mm)



Kva tenester har i dag (kryss av, og namn på kontaktperson)?

Lege	PPT	NAV	Fysio/ergo	Heimeteneste
Helsestasjon	Kommunal institusjon	Kommunal rus og psykiatri-teneste	Skule	Barnehage
Helse Førde Bup	Helse Førde Barneavdeling	Helse Førde psykisk helsevern	Helse Førde andre avdeling	Andre

Mitt ynskje for personleg koordinator:

Namn: _____

Teneste: _____

Søknaden vert behandla etter Lov om behandlingssåten i forvaltningssaker § 11a.

"I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar etter annet ledd dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt".

Stad og dato.....

Søklar/fullmektigs underskrift:

Ein gjer merksam på at det er den som treng den koordinerte tenester som skal skrive under. Dersom andre underteikna, skal skriftleg fullmakt leggast ved.

Søknaden sendast til Kinn kommune. Postboks 294. 6701 Måløy.

Ved spørsmål, ta kontakt med koordinerande eining ved leiar Trude Gulbranson på tlf. 48080537.



SAMTYKKE TIL TVERRFAGLEG SAMHANDLING OG UTVEKSLING AV

OPPLYSNINGAR:

Informert samtykke betyr at eg som brukar:

- Har fått informasjon om kva for opplysningar som skal utvekslast.
- Veit korleis opplysningane skal nyttast og konsekvensane av dette.
- Er kjent med at det ikkje skal utvekslast fleire opplysningar enn det som er naudsynt.
- Er kjent med at eg kan nekte at opplysningar om særskilde forhold utvekslast, eller at særskilde fagmiljø eller enkeltpersonar får bestemte opplysningar.
- Er kjent med dei konsekvensar avgrensing av informasjon kan ha for mitt tilbod.

Eg samtykker til at det vert utveksla naudsynt informasjon mellom koordinerande eining, personleg koordinator og (kryss av og kontaktperson):

Lege	PPT	NAV	Fysio/ergo	Heimeteneste
Helsestasjon	Kommunal institusjon	Kommunal rus og psykiatriteneste	Skule	Barnehage
Helse Førde Bup	Helse Førde Barneavdeling	Helse Førde psykisk helsevern	Helse Førde andre avdeling	Andre

Lovbestemmelsar om teieplikt.

Forvaltningsloven § 13 til 13e, pasientrettighetsloven §3-6, Helsepersonell loven kapittel §21-25, Lov om sosiale tenester §8, Opplæringsloven §5.4 og §15.4, Folketrygdloven §§21-9, 25-10 og 25-11.

Ved representasjon av fullmektig (pårørande/ verje eller andre)

Eg samtykkjer til å la meg representere i denne saka av:

Namn og fødselsdato på fullmektig/pårørande: _____

Stad og dato:

Søkjars underskrift:
