



Kinn kommune

**Søknad om personleg koordinator**  (sett kryss)

**Søknad om koordinator og individuell plan**  (sett kryss)

**Etter Lov om helse- og omsorgstenester §7-2:** "For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tenester 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".

**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.

**Namn:** \_\_\_\_\_ **Personnr:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_ **Postnr/ stad:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_ **Sivilstand:** \_\_\_\_\_

**Nærmaste pårørande:** \_\_\_\_\_ **Namn på fastlege:** \_\_\_\_\_

**Beskriv kort ditt behov for koordinerte tenester:** Skriv litt om de aktuelle livsområder:

Helse/omsorg: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Skole/Arbeid: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fritid/Sosial: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bustadsituasjon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**For at vi kan betre vurdere dine behov, vennlegast svar på følgende spørsmål (kan fylles ut på vegne av brukeren):**

	<b>Utgjør ingen problem</b>	<b>Litt behov for bistand</b>	<b>Mye behov for bistand</b>	<b>Ikkje relevant (barn for eksempel)</b>
Allminnelig husarbeid				
Skaffe seg varer og tjenester				
Personlig hygiene				
På og avkledning				
Toalettbesøk				
Lage mat				
Spise				
Bevege seg innendørs				
Bevege seg utendørs				
Ivareta egen helse				
Hukommelse				
Kommunikasjon				
Beslutninger i dagliglivet				
Ivareta egen økonomi				
Sosial deltakelse				
Initiativevne				
Opplevelse av trygghet				
Styre adferd				
Syn				
Hørsel				

**Samtykke til tverrfaglig 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	Pedagogisk-Psykologisk Teneste (PPT)	NAV
Fysioterapi/Ergoterapi	Heimeteneste	Helsestasjon
Kommunal institusjon	Psykisk helse og rus	Barnevern Teneste (BVT)
Skule/barnehage	Barne- og ungdomspyskiatri (BUP)- Helse Førde	Barneavdeling- Helse Førde
Andre avdeling- Helse Førde	Psykisk helse- Helse Førde	Andre

**Mitt ynskje for personleg koordinator:**

Namn: \_\_\_\_\_ Teneste: \_\_\_\_\_

**Søknaden vert behandla etter Lov om behandlingmåten 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: ..... Søkjar/fullmektigs underskrift: .....

**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: ..... Søkjar/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 leggjast ved.*

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

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