



Søknad om individuell plan

Personopplysningar
Kven fyller ut skjema <input type="checkbox"/> Søkjar <input type="checkbox"/> Andre
Personopplysningar til den som skal ha Individuell plan
Fødselsnummer
Fornamn
Etternamn
Adresse
Postnr/stad
E-post
Mobilnummer
Informasjon om kven som fyller ut skjema
Relasjon til søker
Fornamn
Etternamn
Postnr/sted
Mobilnummer
Personopplysningar til den som skal ha Individuell plan
Fødselsnummer
Fornamn
Etternamn
Adresse

Postnr/stad
E-post
Mobilnummer
Hjelpeverge/fullmektig
Har søkjar hjelpeverge/fullmektig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Namn
Mobilnummer
Vil du å fylle ut fullmakt digitalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Vedlegg - Skriftleg fullmakt
Vedlegg leggjast ved søknaden

Fullmakt
Namn og fødselsnummer på den saka gjeld
Fødselsnummer
Fornamn
Etternamn
Namn og fødselsnummer på den saka gjeld
Fødselsnummer
Fornamn
Etternamn
Eg gir
Namn på fullmektig
Adresse
Postnr/sted
Telefonnummer
E-post

Fullmakt til å handla på mine vegne i saka vedrørende

Beskriv saka denne fullmakta dreiar seg om

Tenester

Kva tenester har du i dag som du ynskjer koordinert?

Teneste/verksemd

- Barnehage/Skule
- Helsestasjonstenesta; jordmor, spe og småbarn, skulehelse
- NAV/Familiekoordinator
- PPT og logoped
- Ergo-/fysioterapitenesta
- Barnevernstenesta
- Fastlege
- Spesialisthelsetenesta; BUP, Habiliteringstenesta, DPS m.m.
- Tenesta for funksjonshemma; avlastning, BPA, støttekontakt m.m.
- Tannhelseteneste
- Rus- og psykisk helseteneste
- Heimebaserte tenester
- Andre

Kven andre

Namn på kontaktperson til dei ulike tenestene og type tenestene du har:

Namn på person

Grunngjeving

Diagnose

Grunngjeving for søknad

Samtykkeerklæring

Personopplysningar til den som skal ha Individuell plan

Fødselsnummer

Fornamn

Etternamn

Adresse

Postnr/sted

Mobilnummer

Samtykket gjeld for frå

til

Personopplysningar til den som skal ha Individuell plan

Fødselsnummer

Fornamn

Etternamn

Adresse

Postnr/sted

Mobilnummer

Samtykket gjeld for frå

til

Eg/vi samtykker til at det kan innhentast nødvendig informasjon frå følgjande tenestestader:

Alle stader som utifra ei fagleg vurdering er nødvendig for utarbeiding av IP

Eg/vi gir samtykke til å utveksling av opplysningar for følgjande tenester:

- Heimetenesta
- Barnehage
- Skule
- SFO
- Barnevernstenesta
- PPT
- Fastlege
- Helsestasjonstenesta
- NAV
- Ergo- og fysioterapitenesta
- Rus og psykisk helseteneste
- Spesialisthelsetenesta
- Andre

Kva andre?

Eg er informert om at eg når som helst og utan grunn kan trekkje tilbake samtykket mitt.

Ja

Nei