



Søknad om koordinator og individuell plan

Personopplysninger	
Eventuell fullmakt	
Søker du på vegne av noen andre?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nei	
Søker du tjenester for noen under 18 år?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nei	
Din relasjon til personen	
Den som fyller ut søknaden	
Fornavn	Etternavn
Fødselsnummer	
Telefonnummer	
E-post	
På vegne av	
Fornavn	Etternavn
Fødselsnummer	
Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnummer	
Sivilstatus	
<input type="checkbox"/> - Velg alternativ -	
<input type="checkbox"/> Gift/registrert partner	
<input type="checkbox"/> Enslig	
<input type="checkbox"/> Separert	
<input type="checkbox"/> Skilt	
<input type="checkbox"/> Enke/enkemann	
<input type="checkbox"/> Samboer	

Søkers fastlege	
Fastlegens telefonnummer	
Annen foresatt	
Fornavn	Etternavn
Fødselsnummer	
Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnummer	
Informasjon om søkeren	
Fornavn	Etternavn
Fødselsnummer	
Adresse	
Postnr/sted	
Telefonnummer	
Sivilstatus	
<input type="checkbox"/> - Velg alternativ -	
<input type="checkbox"/> Gift/registrert partner	
<input type="checkbox"/> Enslig	
<input type="checkbox"/> Separert	
<input type="checkbox"/> Skilt	
<input type="checkbox"/> Enke	
<input type="checkbox"/> Samboer	
Bor du alene?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nei	
Søkers fastlege	
Fastlegens telefonnummer	
Informasjon om pårørende	
Har søker pårørende?	
<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Nei	
Nærmeste pårørende	

Slektsforhold/tilknytning
Adresse
Postnr/sted
Telefonnummer

Behov

Diagnose/helseopplysninger

Begrunnelse for din søknad. Hva er viktig for deg? Beskriv hva du ønsker hjelp til og hvorfor.
--

Kartlegge dine ressurser og behov
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Definere mål for best mulig funksjons- og mestringsevne
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Samhandling med dine tjenesteytere
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Innhente informasjon
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Sikre felles forståelse av definerte mål
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Avklare ansvar og forventninger
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Evt utarbeidelse og oppfølging av individuell plan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Ta initiativ til møter med tjenesteytere
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Lede møter med tjenesteytere
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

Hvilke tjenester har du i dag?

- Helsestasjon
- PPT
- Barnevern
- NAV
- Hjemmetjenester
- Avlastning
- Støttekontakt
- BPA (brukerstyrt personlig assistent)
- Omsorgsstønad
- Ergo/fysioterapi
- Rus
- Psykisk helse
- Spesialisthelsetjenester
- Andre

Har du ønske om at en bestemt person skal være din koordinator?

Andre relevante vedlegg

Vedlegg legges ved søknaden

Samtykke

Samtykke til at min søknad kan drøftes i koordinerende enhet

- Jeg gir samtykke

Samtykke og signatur

Samtykke til å innhente og utveksle relevante opplysninger for vurdering av søknaden

- Nærmeste pårørende

Oppgi nærmeste pårørende

- Fastlege

Oppgi fastlege

- Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Oppgi kontaktperson

Telefonnummer

- Barneverntjenesten

Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Barnehage/skole
Oppgi barnehage/skole
Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> PPT (Pedagogisk-psykologisk tjeneste)
Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> NAV
Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten
Oppgi tjeneste
Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Andre helse- og omsorgstjenester i kommunen
Oppgi tjeneste
Oppgi kontaktperson
Telefonnummer
<input type="checkbox"/> Andre
Beskriv andre vi bør hente informasjon fra

Telefonnummer	
Signatur	
Dato 08.05.2023	
Fornavn	Etternavn
Signatur	