



SØKNAD OM TJENESTER
TIL BARN OG UNGE

**SØKNADEN
GJELDER**

Støttekontakt
Individuell plan

Avlastning
Omsorgsstønad

Annet
Brukerstyrt personlig assistanse
(BPA)

PERSONALIA BARN

ETTERNAVN:

FORNAVN:

FØDSELSNR.:
(11 SIFFER)

E-POST:

TELEFON:

GATE ADR.:

POSTSTED:

POSTNUMMER:

Foreldreansvar: Far Mor Sammen Annet:

PERSONALIA FORESATTE 1

ETTERNAVN:

FORNAVN:

E-POST:

TELEFON:

GATE ADR.:

POSTSTED:

POSTNUMMER:

PERSONALIA FORESATTE 2

ETTERNAVN:

FORNAVN:

E-POST:

TELEFON:

GATE ADR.:

POSTSTED:

POSTNUMMER:

EVENTUELLE SØSKEN

Søsken:

Født:

Søsken:

Født:

Søsken:

Født:

Diagnose/
funksjons-
hemming

Begrunnelse
for søknaden

Fastlege:

Skole/
barnehage

Mottar du tjenester i kommunen og/eller spesialhelsetjenesten?
Hvis ja, hvilke tjenester?

Ja

Nei

Hvilke
interesser/
hobbyer
har barnet/
ungdommen?

Hjelpestønad
fra NAV

Innvilget

Spesifiser sats:

Har søkt/dato:

Ev. tilleggs-
opplysninger
(skriv her eller
legg ved i
søknaden)

SAMTYKKE

Jeg gir helseforvaltningen Færder kommune fullmakt til å kontakte spesialisthelsetjenesten, Familiens hus (barnevern, PPT, skole/barnehage og helsestasjon) og samarbeidende instanser, dersom det er nødvendig for å behandle søknaden.

UNDERSKRIFT AV FORELDRE/FORESATTE

Sted:

Dato

Signaturer:

VIKTIG INFORMASJON: Det må legges ved utredningsrapport fra BUPA, Habiliteringstjenesten, Glenne senter, PPT, sykehus eller eventuelt lege.

SØKNADSSKJEMA SENDES: Helseforvaltningen Færder kommune, PB 250, 3163 Nøtterøy
Telefon (kl.:09-14): 951 93 480