



Søkjær: (den/dei som gjev omsorg til dagleg)

Adresse:

Telefonnr:

Eg/me søker om avlasting i omsorga for:

Namn:

Fødd:

1. Eg/me ønsker slik form for avlasting:

Opphald i avlastingsbustad

Antal døgn pr måned:

Ønskjeleg tid for avlasting:

Helg. Frå kl til kl

Kvardagar. Frå kl til kl

Privat avlasting

Ferieavlasting

Eg/me ønsker ferieavlasting slik: (form for avlasting og talet på timar/døgn)

2. Eg/me/den funksjonshemma har i dag slik form for avlasting/hjelp med avlastande effekt (t.d. heimesjukepleie, støttekontakt, opphald i avlastingsbustad, tilskot til avlasting, barnehageplass, heimehjelp, hjelp frå familie/vener e.a.):



3. Den som får omsorg har følgjande funksjonshemming/helseproblem:

4. Ho/han treng følgjande tilsyn/hjelp: (utfyllande opplysningar om hjelp i ulike situasjonar på dag, kveld eller/og natt)

5. For nærare opplysningar kan sosialtenesta kontakta:

Stad:

Dato:

Underskrift:

Tilleggsopplysningar kan skrivast på eige ark.