



# Skien kommune Rehabiliteringstjenesten

## SØKNAD OM AVLASTNING

NAVN: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_

FØDSELSDATO: \_\_\_\_\_ FØDSELSNR: \_\_\_\_\_

FORESATTES NAVN: \_\_\_\_\_

FORESATTES NAVN: \_\_\_\_\_

TLF PRIVAT: \_\_\_\_\_ TLF ARBEID: \_\_\_\_\_

### ØVRIGE MEDLEMMER

I HUSSTANDEN: \_\_\_\_\_ født: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ født: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ født: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ født: \_\_\_\_\_

### ARBEIDSSITUASJON TIL FORESATTE:

FAR: MOR:

Ikke i arbeid .....

Ikke i arbeid .....

Arbeid .....

Arbeid .....

Stillingsstørrelse i % .....

Stillingsstørrelse i % .....

AVLASTNING ØNSKES PÅ GRUNN AV:.....

.....

.....

.....

.....

Kryss av for  
Fysisk Psykisk

DIAGNOSER/  
FUNKSJONSHEMMING: .....  
.....  
.....  
.....

SPRÅK Bra..... Lite..... Ingen..... Tegn.....

HØRSEL Bra..... Lite..... Ingen.....

RULLESTOL Ja..... Nei.....

ALLERGI Ja..... Nei.....

Hvis ja, hvilke?.....

HVOR MYE TRENGS TIL PERSONLIG HYGIENE, PÅKLEDNING, SPISING OG LIGNENDE.: ....

.....  
.....  
.....  
.....

BARNEHAGE:.....

SKOLE:.....

ARBEID/DAGTILBUD:.....

BENYTTES ANDRE AVLASTNINGSTILBUD:.....

.....  
.....  
HVORDAN ØNSKES AVLASTNINGEN:.....

.....  
.....  
HVOR MANGE TIMER/HELGER ØNSKES:.....

.....  
.....  
NAVN PÅ AVLASTER SOM BENYTTES I DAG:.....

.....  
.....  
FORSLAG PÅ NAVN PÅ AVLASTER, OM DU IKKE HAR AVLASTER PR I DAG:.....

.....  
.....  
HAR DET SKJEDD ENDRINGER SIDEN FORRIGE SØKNAD? (Punktet gjelder ikke for førstegangs søkende).

.....  
.....  
VED EVENTUELLE TILLEGGSOPPLYSNINGER, SKRIV HER.

.....  
.....  
**JEG/VI GIR HS AVDELINGEN FULLMAKT TIL Å KONTAKTE ANDRE FAGINSTANSER DERSOM DET ER NØDVENDIG FOR Å BEHANDLE SØKNADEN.**

STED:..... DATO:.....

UNDERSKRIFT:.....

SØKNADEN SENDES: HELSE OG SOSIALAVDELINGEN  
POSTBOKS 27  
3701 SKIEN  
Telefon nr 35 58 10 00

## **VIKTIG INFORMASJON**

### **FOR DE SOM SØKER OM FORTSATT AVLASTNINGSTIMER**

- Familier/personer som har mottatt hjelp fra Rehabiliteringstjenesten tidligere må også fylle ut samtlige punkter.
- Husk å skrive fødselsdato og nummer, 11 siffer.
- Skjemaet vil bli returnert om det er mangelfullt utfylt.

### **FOR DE SOM SØKER OM AVLASTNINGSTIMER FOR FØRSTE GANG**

- Husk å fylle ut søknaden så godt som mulig, synes du søknaden er uklar eller vanskelig, kontakt gjerne Rehabiliteringstjenesten å få en timeavtale, for hjelp.
- Spesielt er det viktig at navn, adresse og fødselsdato og nummer (11 siffer) er nøyaktig utfylt.
- Ved første gangs søknad vil Rehabiliteringstjenesten ha en bekreftelse fra lege på diagnose (legeerklæring).