



Hadsel kommune
Tjenestekontoret for omsorgstjenester

Søknad om omsorgstønning

Omsorgsmottaker:

Navn:	Personnr:
Adresse:	Tlf. privat:
Postadresse:	Tlf. arbeid:
Bor alene, ja/nei	Evt. sammen med:

Omsorgsyter:

Navn:	Personnr.:
Adresse:	Tlf. privat:
Postadresse:	Tlf. arbeid:
Tilknytning til omsorgsmottaker:	

Mottar hjelpestønning JA/NEI: Hvis Ja, legg ved dokumentasjon	Har søkt hjelpestønning JA/NEI:
--	---------------------------------

Begrunnelse for søknaden:

--

Samtykke fra omsorgsmottaker:

Jeg gir med dette tjenestekontoret fullmakt til å innhente de opplysninger som anses nødvendig for behandling av søknaden. Saksbehandler har taushetsplikt.	
Sted/dato:	Søkers underskrift:

Søknaden sendes til: Hadsel kommune, Tjenestekontoret, Rådhusgata 5, 8450 Stokmarknes