**Søknad om koordinator og individuell plan**

|  |
| --- |
| Navn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fødselsnr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postnr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poststed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nærmeste pårørende \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tlf\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Postnr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Poststed\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hvilke tjenester har du i dag:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tjeneste  | kontaktperson | tlf |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |
| Bakgrunn for søknaden (diagnose, hjelpebehov, fremtidig utfordringer, og tjenester som må koordineres) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Jeg samtykker i at Koordinerende enhet kan utveksle relevante opplysninger medoppgitte tjenester for behandling av henvisningen. Jeg er kjent med at samtykket gis frivillig og kan trekkes tilbake. Ja neiMerknad til samtykke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hva søkes det om; individuell plan, \_\_\_\_\_\_\_ koordinator\_\_\_\_\_ |
| Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sted/dato Underskrift |