**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 med  oppgitte tjenester for behandling av henvisningen. Jeg er kjent med at samtykket  gis frivillig og kan trekkes tilbake. Ja nei  Merknad til samtykke: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hva søkes det om; individuell plan, \_\_\_\_\_\_\_ koordinator\_\_\_\_\_ |
| Underskrift  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Sted/dato Underskrift |