



SØKNAD OM TRYGGHETSALARM

HVEM GJELDER SØKNADEN FOR?

NAVN		FØDSELSNUMMER				
ADRESSE		POSTNUMMER OG STED				
MOBILNUMMER						
SIVILSTATUS	<input type="checkbox"/>	UGIFT	<input type="checkbox"/>	SAMBOER	<input type="checkbox"/>	ENKE
	<input type="checkbox"/>	GIFT/PARTNERSKAP	<input type="checkbox"/>	SEPARERT/SKILT	<input type="checkbox"/>	ENKEMANN
TIL DEG SOM BOR I ET BORETTSLAG	Ved installering av trygghetsalarm må det også installeres eLås på ytterdøren i borettslaget. Denne informasjonen må gjøres kjent for styret i ditt borettslag, eventuelt vaktmester. Dersom noe er uklart rundt dette, kontakt kommunens servicetekniker på 958 94 030					
FASTLEGE						
SPRÅK			BEHOV FOR TOLK?			
HVEM SKAL OPPGIS SOM NÆRMESTE PÅRØRENDE?						
RELASJON			TELEFON			

HVORDAN BOR DU?

<input type="checkbox"/>	ALENE
<input type="checkbox"/>	SAMMEN MED NOEN? Navn på den du bor med: _____ Relasjon med den du bor med: _____

HVORFOR TRENGER DU TRYGGHETSALARM?

<input type="checkbox"/>	Utrygghet	<input type="checkbox"/>	Fare for fall
<input type="checkbox"/>	Høy alder eller sykdom	<input type="checkbox"/>	Nedsatt funksjonsevne

HVORDAN ER DITT SYN OG DIN HØRSEL?

SYN	<input type="checkbox"/>	Normalt	<input type="checkbox"/>	Nedsatt	<input type="checkbox"/>	Svært nedsatt/blind
HØRSEL	<input type="checkbox"/>	Normalt	<input type="checkbox"/>	Nedsatt	<input type="checkbox"/>	Svært nedsatt/døv

HVEM SKAL VÆRE KONTAKTPERSON VED INSTALLERING?

For å få trygghetsalarm og eLås må det avtales tidspunkt for montering av utstyret. Hvem skal tekniker kontakte for å gjøre denne avtalen med?

<input type="checkbox"/>	DEG
<input type="checkbox"/>	ANDRE. Navn og mobilnummer på den som skal kontaktes: <input type="text"/>

SKAL DU DELE ALARM MED FLERE I SAMME HUSTAND?

<input type="checkbox"/>	NEI		
<input type="checkbox"/>	JA Navn på den du skal dele alarm med: <input type="text"/> Fødselsnummer: <input type="text"/> Mobilnummer: <input type="text"/>		
Hvorfor er det er behov for trygghetsalarm? (sett kryss under ved det som passer)			
<input type="checkbox"/>	Utrygghet	<input type="checkbox"/>	Fare for fall
<input type="checkbox"/>	Høy alder eller sykdom	<input type="checkbox"/>	Nedsatt funksjonsevne

Når du signerer samtykker du til at Porsgrunn kommune:

- Behandler personopplysninger elektronisk og formidler opplysninger til ansatte som deltar i saksbehandlingen og tjenesteytingen (jf. Forskrift om pasientjournal).
- Innhenter nødvendige opplysninger fra relevante instanser (jf. Forvaltningslovens §17).
- Innhenter inntektsopplysninger fra myndighetene for de tjenester det kan kreves egenbetaling for (jf. Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester § 3)

UNDERSKRIFT	
STED	DATO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
SIGNATUR	
<input type="text"/>	

Ansatte ved område tildeling og koordinering har taushetsplikt. Ønsker du å oppsøke oss kan du henvende deg til Porsgrunn kommunes servicesenter i Storgaten 153. Du kan kontakte oss på e-post tildeling.og.koordinering@porsgrunn.kommune.no eller på telefon 35 54 70 00. Det anbefales ikke å sende dette søknadsskjema på vår epost-adresse da en slik forsendelse ikke ivaretar nødvendige personvern hensyn

Søknad sendes:

**Porsgrunn kommune, område tildeling og koordinering,
Postboks 128, 3901 Porsgrunn**