

**Tjenestemråde Ressurssenter, avdeling Rehabilitering** har følgende tjenestetilbud til barn og unge under 20 år med nedsatt funksjonsevne som bor eller oppholder seg i Gjesdal kommunen (jfr. [lov om sosiale tjenester kapittel 4](#)).

- Avlastning
- Støttekontakt
- Omsorgslønn
- Brukerstyrt personlig assistent

#### **Tjenestemrådets organisering:**

Leder for Ressurssenter: Gro Tunglund

Tlf. 51 61 12 00

Leder for Rehabiliteringsavdelingen: Kirsten Refsnes

Tlf. 51 61 23 81 -mob.tlf. 916 86 041

Rehabiliteringskonsulent: Kjersti Standish

Tlf. 51 61 23 85 mob.tlf 952 94 823

Besøksadresse: Ålgård bo- og aktivitetssenter, Ole Nielsensvei 21, 4330 Ålgård

Postadresse: Rettedalen 1, 4330 Ålgård

#### **Utfylling av søknadsskjema**

Kryss av den/de tjenestene som er aktuell. Søknaden må være underskrevet av søker eller foresatte. Søknaden sendes: Gjesdal kommune, Ressurssenter, Rettedalen 1, 4330 Ålgård

#### **Behandling av søknaden**

Du vil bli kontaktet så snart som mulig av kommunens saksbehandler for informasjon og nærmere avtale.

#### **Klage**

Vedtaket som blir fattet kan påklages dersom det oppfattes utilfredsstillende. Kommunen har plikt til å opplyse om klagefrister, samt være behjelpelig med å fremme klagen.


#### **IPLOS**

Ved tildeling av tjenester vil den som mottar tjenesten bli registrert i

IPLOS. IPLOS er systematisert standardinformasjon basert på individoppøysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester. Det er et obligatorisk verktøy for dokumentasjon, rapportering og statestikk for kommunene og sentrale myndigheter.

# Søknadskjema:

Vedrørende tjenester til barn og unge med nedsatt funksjonsevne etter lov om sosiale tjenester

For kommunen														
Dato:	Saksb:													
Saksnr:														
Ark.kode:	Uoff: §5a													
<b>Personalia</b>														
Navn:														
Adresse:														
Personnr:		Tlf:		Mobil:										
<b>Foreldre/foresatte</b>														
Navn:														
Adresse:														
Tlf. privat:		Mobil:		Tlf. arbeid										
<b>Fast lege:</b>														
Navn:														
Legesenter:		Tlf.												
<b>Tjenester eller instanser du er i kontakt med:</b>														
Helsestasjon:	<input type="checkbox"/>	Fysioterapi:	<input type="checkbox"/>	Barnevern:	<input type="checkbox"/>	PPT:	<input type="checkbox"/>							
Ergoterapi:	<input type="checkbox"/>	Avlastningsbolig:	<input type="checkbox"/>	Logoped:	<input type="checkbox"/>	Spesialpedagog:	<input type="checkbox"/>							
Skole: . Barnehage:	.....			Andre:	.....									
<b>Mottar fra NAV-trygd</b>														
Grunnstønad			Hjelpetønad Forhøyet hjelpetønad:		Pleiepenger:									
Sats:	1	2	3	3	4	5	Sats:	0	1	2	3	4	50%	100%

<b>Det søkes om:</b>			
<b>Støttekontakt:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Omsorgslønn:</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Avlastning:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Brukerstyrt personlig assistent.</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Avlastningsboligen</b> (gjelder ekstra timer for de som har vedtak om fast plass)	<input type="checkbox"/>	<b>Videreføring av tidligere vedtak :</b>	Vedtaksnr:
<p><b>Begrunnelse for søknad:</b>  <i>(ved søknad om videreføring av vedtak kreves kun begrunnelse hvis det er endringer i søkers situasjon).</i></p>			
<p><b>Underskift/fullmakt</b>  Jeg/vi gir med denne rehabiliteringsavdelingen fullmakt til å innhente de opplysninger som er nødvendig fra ovenfor nevnte etater i forbindelse med denne søknaden</p>			
<b>Dato:</b>	<b>Sted:</b>	<b>Underskrift:</b>	