|  |
| --- |
| Blankett avseende tillfällig vistelse i Nora kommun |
| Beställningen ska göras av handläggare i hemkommunen. Beställningen samt utredning, specifikation av insatser och genomförandeplan skickas till: **Nora kommun****Bistånd LSS och SOL** **Rådhuset****Prästgatan 13, 713 31 Nora****Tel: 0587-810 00****e-post: bistandshandlaggare@nora.se** |
| * Beställningen ska vara komplett ifylld och skickas tillsammans med utredning, genomförandeplan, samt specifikation av insatsen som ska utföras under vistelsen.
 |
| * Beställningen kan behöva vara anpassad för de förutsättningar som den tillfälliga vistelsebostaden ger, samt ha inkommit senast **fyra** veckor innan personens ankomst så att planering av insats kan ske.
 |
| * Fakturering kommer att ske efter vistelsens slut. Insatser faktureras utifrån hemkommunens ersättningsbelopp.
 |

|  |
| --- |
| **Personuppgifter brukare** |
| Namn      | Personnummer      |
| Adress i hemkommunen      | Hemtelefon (även riktnr)       | Mobiltelefon      |
| Adress i Nora kommun (vistelseadress)      | Telefon vistelseadress (även riktnr)       | Mobiltelefon      |
| Beräknad vistelse | Från och med:      | Till och med:      |
| Närstående      | Närståendes kontaktuppgifter      |
|  |
| **Uppgifter hemkommunen (beställare)** |
| Hemkommun      | Handläggare i hemkommunen      |
| Telefon/mobil handläggare/kontaktperson      | E-post      |
| Faktureringsadress, postnummer och ort       | Fakturareferens      | Organisationsnummer      |

**Har den enskilde hemsjukvård? Ja [ ]  Nej [ ]**

|  |
| --- |
| Kontaktuppgifter till ansvariga för hemsjukvården i hemkommunen      |

**Hjälpmedel**De hjälpmedel som kan tas med ska tas med. Vid eventuell förskrivning eller lån av hjälpmedel ska kontakt tas med arbetsterapeut i Nora kommun fyra veckor innan vistelsen påbörjas. Debitering sker enligt Nora kommuns rutiner.
Hemkommunens beställning av insatser och ersättningsbelopp i enlighet med bifogad utredning och genomförandeplan. Ange vilken insats det gäller, beviljad tid alt. antal besök samt belopp.

**Hemtjänstinsatser**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Insats** | **Beviljad tid per insats** | **Antal besök**  | **Ersättningsbelopp** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**Beställning av Trygghetslarm**

|  |  |
| --- | --- |
| Från och med:       | Till och med:  |
| **Ersättningsbeloppför:** |
| Installation      | Larm per tim      | Larm per månad      |

**Beställning av matdistribution**

|  |  |
| --- | --- |
| Från och med:       | Till och med:  |
| **Ersättningsbeloppför:** |
| Antal matlådor per vistelse       | Kostnad per matlåda      |

**Bifogade handlingar****[ ]** Aktuell utredning**[ ]** Aktuell genomförandeplan
**[ ]** Annan dokumentation

 **Underskrift av handläggare hemkommun**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum och underskrift      | Namnförtydligande      |