|  |
| --- |
| 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 utredningAktuell genomförandeplan  
Annan dokumentation

**Underskrift av handläggare hemkommun**

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