

**Bo- og rehabiliteringscenter Lunden**

**Lundvej 135A, 6800 Varde**

**Telefon 7994 8740**

**Mail:** **lunden@varde.dk**

|  |
| --- |
| **Ansøgning om rehabiliteringsophold (døgn) for unge og voksne med senhjerneskader, jfr. servicelovens §107 eller §107 på spec. niveau.** |
| **Personoplysninger:****Navn:****Cpr.nr.:****Adresse:****By:****Tlf.:****E-mail:** |
| **Forsørgelsesgrundlag:** |
| **Værgemål og –type:** |
| **Egen læge:****Navn:****Adresse:****By:****Tlf.:****E-mail:** |
| **Nærmeste pårørende 1:****Navn:****Adresse:****By:****Tlf.:****Mail:** |
| **Nærmeste pårørende 2:****Navn:****Adresse:****By:****Tlf.:****Mail:** |
| **Oplysninger henvisende kommune:****Kommune:****Adresse:****By:****Afdeling:****Sagsbehandler:****Tlf.:****Mail:****CVR.nr.:****EAN.nr.:** |
| **Der ansøges om: (sæt et kryds)** |
| **Rehabiliteringsophold jfr.** **Servicelovens §107** |  | **Bevillingsperiode:** |
| **Rehabiliteringsophold jfr.** **Servicelovens §107 på specialiseret. niveau** |  | **Bevillingsperiode:** |
| **Rehabiliteringsophold jfr. Sundhedslovens § 140 på specialiseret niveau** |  | **Bevillingsperiode:** |
| **Kommunens begrundede indstilling og mål for opholdet:**(Udredning og handleplan i henhold til **voksenudredningsmetoden,** plejeforløbsplan samt andre relevante journaloplysninger skal fremsendes hurtigst muligt). |

**Betalingstilsagn:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dato for betalingstilsagn:** |  |
| **Sagsbehandler****(underskrift)** |  |
| **Kommune og afdeling** |  |