**Bo- og rehabiliteringscenter Lunden**

**Lundvej 135A, 6800 Varde**

**Telefon 7994 8740**

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

**Visitationsskema ABL, SEL §105/85 og §108**

Sæt kryds ud for det ophold og de indsatser der ønskes tilbud på.

|  |
| --- |
| **Ansøgning om**:  |
| Længerevarende botilbud under Almen Boliglov §105 med mulighed for tilbud af hjælp omsorg og støtte efter Serviceloven §85. |  |
| Længerevarende botilbud §105 |  |
| Hjælp, omsorg og støtte §83 |  |
| Socialpædagogisk støtte §85 |  |
| Længerevarende botilbud efter Serviceloven §108, hvor betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne udløser behov for omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, omsorg eller behandling, og hvor borgeren ikke kan få dækket disse behov på anden vis. |  |
| Længerevarende botilbud §108 |  |

|  |
| --- |
| **Personoplysninger:** |
| Navn |  |
| CPR. nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |
| Forsørgelsesgrundlag |  |
| Værgemål og type |  |

|  |
| --- |
| **Henvisende kommune:** |
| Kommune |  |
| CVR. nr. |  |
| EAN nr. |  |
| E-mail |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| Afdeling |  |
| Sagsbehandler |  |
| TLF/mobil |  |

|  |
| --- |
| **Kommunens begrundede indstilling og mål for opholdet:**(Udredning og handleplan i henhold til voksenudredningsmetoden, plejeforløbsplan samt andre relevante journaloplysninger skal fremsendes hurtigst muligt). |
|  |
| Bevillingsperiode |  |

|  |
| --- |
| **Betalingstilsagn:** |
| Dato for betalingstilsagn |  |
| Sagsbehandlers navn og underskrift  |  |
| Direkte telefonnummer. |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Nærmeste pårørende 1:** |
| Navn |  |
| CPR. Nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Pårørende 2:** |
| Navn |  |
| CPR. Nr.  |  |
| Adresse |  |
| By |  |
| TLF/mobil |  |
| E-mail |  |