



Sendes til den kommune, hvor plejen fysisk finder sted	Udfyldes af kommunen	
	Modtaget dato	Journalnummer • KLE 32.18.14G01
Ansøgning om plejevederlag efter servicelovens § 119		

Oplysninger om plejemodtageren

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer
Sygehusets navn, afdeling og kontaktperson	
Egen praktiserende læges navn og adresse	
Hvis plejemodtageren er medlem af Sygeforsikringen »danmark«, oplyses i hvilken gruppe	Gruppe

Oplysninger om ansøgeren

Navn	Personnummer
Adresse	Telefonnummer
Modtager De andre forsørgelsesydelse fra det offentlige	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilke <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Kontanthjælp <input type="checkbox"/> Dagpenge <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> Andet	Hvis andet, hvilke
Deles plejeopgaven med andre personer <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, angiv navn og personnummer
Der søges om plejevederlag for pasning af ovenstående plejemodtager fra den	Dato

Plejeorlov (udfyldes kun hvis De er lønmodtager)

Udbetaler Deres arbejdsgiver Dem fuld løn under plejeorloven	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, afregner kommunen med Deres arbejdsgiver (refusion).
Arbejdsgivers navn og adresse	Arbejdsgivers telefonnummer	
	Orlov søgt fra dato	
Ønskes deltidspleje	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Hvis ja, angives antal ugentlige arbejdstimer hos Deres arbejdsgiver hhv før Deres plejeorlov og under Deres plejeorlov	Antal timer før plejeorlov	Antal timer under plejeorlov

Erklæring og underskrift - Ansøger

Jeg erklærer mig bekendt med, at jeg har pligt til at oplyse kommunen om ændringer i ovenstående forhold, og at jeg er vidende om mine pligter og rettigheder med hensyn til oplysningspligt mv., som angivet i afsnittet om persondataloven på side 2.

Dato	Underskrift
------	-------------

Samtykke, erklæring og underskrift - Plejemodtager

Jeg giver hermed mit samtykke til, at kommunen kan indhente oplysninger hos læge/sygehus om de helbredsrelevante forhold, der er beskrevet ovenfor

Jeg ønsker ikke at give kommunen mit samtykke til at indhente yderligere oplysninger om mine helbredsforhold. Jeg er indforstået med, at ansøgningen dermed behandles på basis af de her foreliggende oplysninger

Jeg er indforstået med etablering af plejeforholdet.

Dato	Underskrift
------	-------------