# **Hjemmehjælp til feriegæster i Hedensted Kommune**

## **Til visitationen i hjemkommunen**

Hvis en borger ønsker at komme på ferie i Hedensted Kommune, kan borgeren få hjemmehjælp under sit ophold, hvis vedkommende er visiteret til hjælpen af sin hjemkommune.

Borgeren kan ikke selv bestille hjælpen. I skal som hjemkommune bestille hjemmehjælpen hos Center for Visitation & Hjælpemidler i Hedensted Kommune.

I bedes derfor udfylde bestillingsskemaet på næste side.

Skemaet og andet relevant materiale f.eks. arbejdspladsvurdering, forflytningsbeskrivelse og helhedsvurdering (FSIII) sendes til Center for Visitation & Hjælpemidler, Ny Skolegade 4, 8722

Hedensted eller følgende mailadresse: [velfaerdsraadgivningen@hedensted.dk](mailto:velfaerdsraadgivningen@hedensted.dk)

## **Hjælpemidler**

Borgeren skal selv medbringe hjælpemidler bevilget af hjemkommunen.

## **Sygepleje**

Hvis der er behov for sygepleje, bedes I kontakte Hedensted Kommunes sygepleje på

tlf.: 79 74 15 60 mellem kl. 09.00-13.00

# **Tidsfrister**

* Hvis der er behov for meget hjemmehjælp og der anvendes APV hjælpemidler, skal hjælpen bestilles senest **10 hverdage** før ankomst.
* Hvis der kun er behov for hjemmehjælp til få eller enkle opgaver eller borgeren tidligere har modtaget samme type hjælp af Hedensted Kommune og der ikke er sket betydelige ændringer i funktionsniveauet, bestilles hjælpen senest **3 hverdage** før ankomst.

Det er vigtigt, at gældende tidsfrister for aftale om midlertidigt ophold overholdes.

**Med venlig hilsen**

Center for Visitation & Hjælpemidler

Hedensted Kommune

**Bestillingsskema til hjemmehjælp**

| **Henvendelseskommune** | |
| --- | --- |
| Henvendelseskommune |  |
| Refusionstilsagn gives med EAN nr. |  |

| **Sagsbehandler** | |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadresse |  |

| **Borger** | |
| --- | --- |
| Personnummer (CPR-nr.) |  |
| Navn |  |
| Telefonnummer |  |
| Folkeregisteradresse |  |
| Ferieadresse |  |
| Andre på ferieadressen  *Relation, navn og telefonnummer* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Funktionsniveau** | |
| Beskrivelse af funktionsniveau | Kan borger kommunikere relevant? Kan borgeren forflytte sig selv?  Skal borgeren guides eller er der behov for fysisk hjælp? Er der behov for hjælp i/ved sengen? |
|  |

| **Hjemmehjælp** | |
| --- | --- |
| Hjælp til personlig pleje | Ja  Nej |
| **Tidsforbrug**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | DAGVAGT (Minutter) | AFTENVAGT (Minutter) | NATTEVAGT (Minutter) | | min. | min. | min. |   . | |
| Beskriv hvilke indsatser borgeren har behov for hjælp til i hjemkommunen.  Hvis borgeren får hjælp til personlig pleje, bedes I medsende en beskrivelse af opgaverne. | |
| Støtte til praktiske opgaver i hjemmet | Ja  Nej |
| Madservice | Ja  Nej |
| Ønsket leverandør  [Liste over godkendte leverandører](https://www.hedensted.dk/borger/aeldre/hjemmehjaelp/frit-leverandoervalg) |  |

| **Arbejdsmiljø (APV)**  Før Hedensted Kommune giver endeligt tilsagn om at varetage hjælpen, skal der udarbejdes APV  på ferieadressen. | |
| --- | --- |
| Hvem kan Hedensted Kommune kontakte vedrørende APV? |  |
| Er APV-kravene i huset  opfyldt? | Ja  Nej |
| Er der behov for 2 hjælpere? | Ja  Nej |
| Har borgeren tidligere modtaget hjælp i samme hus? | Ja  Nej |

| **Hjælpemidler** | |
| --- | --- |
| APV hjælpemidler |  |
| Øvrige hjælpemidler |  |

| **Varighed** | | |
| --- | --- | --- |
| Startdato  *Angiv dato og tidspunkt for*  *1. besøg* | Dato: | Kl. |
| Slutdato  *Angiv dato og tidspunkt for*  *sidste besøg* | Dato: | Kl. |

| **Eventuelt andre oplysninger** |
| --- |
|  |

Dette bestillingsskema og andet relevant materiale sendes til Center for Visitation & Hjælpemidler på

[velfaerdsraadgivningen@hedensted.dk](mailto:velfaerdsraadgivningen@hedensted.dk)

**Husk at klikke på ’Send Sikkert’**