



<b>1. NAVN:</b>	<b>2. FØDT</b>
<b>3. NÅVÆRENDE BOLIGSITUASJON</b>	
<b>4. TIDLIGERE BRUKTE BOLIGMULIGHETER</b>	

<b>5. VURDERING AV BOEVNER</b>	
Har husbråk vært en av grunnene for utkastelse tidligere?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hadde du tidligere fått naboklager?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har din bolig vært oppsamlingssted? Hva som vanligvis skjer da?	
Hva som gjør deg fornøyd med boligen du bor i?	Hva som gjør deg misfornøyd med boligen du bor i?
Har du fått bemerkninger ang. dårlig husstell?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Annet:	

<b>6. OPPLYSNINGER OM HELSETILSTAND</b>	
Hvordan vurderer du din helsetilstand (grader fra 1-10, hvor 1 tilsvarer veldig dårlig helsetilstand)	
Bruker du rusmidler? Hvilket forhold har du til rusmidler?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

**7. DERSOM DU FÅR TILDELTE EN BOLIG, HVA ØNSKER DU Å FÅ HJELP TIL OG EVT. FRA HVILKEN TJENESTE?****A: Praktisk bistand**

Flytting: Bestille flytte byrå, vaskehjelp, kjøpe møbler, søke midler, annet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjelp til å rydde og å holde orden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjelp til å holde avtaler	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjelp til å handle mat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Hjemmehjelp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Veiledning/ opplæring i daglig gjøremål (reingjøring, matlaging, økonomisk rådgivning m.m. – skriv gjerne hva)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Veiledning/ opplæring i grensesetting for andre i egen leilighet; skape et godt forhold til naboer; annet:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Annet		
Er det andre tjenester du ønsker å ha hjelp i fra?	<input type="checkbox"/> Sosialtjeneste <input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleier <input type="checkbox"/> Hjemmehjelp <input type="checkbox"/> NAV <input type="checkbox"/> Barnevern <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten <input type="checkbox"/> Fastlegen <input type="checkbox"/> Andre (hvilke):	
<input type="checkbox"/> Ønsker ikke hjelpetiltak		

**8. HAR DU INDIVIDUELL PLAN (IP):**

<input type="checkbox"/> Ja. Koordinator sitt navn:	<input type="checkbox"/> Nei. Ønsker du å ha IP? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Forslag til koordinator:
--	--	--------------------------

**9. UNDERSKRIFT**

Sted, dato:	Bruker	
Sted, dato:	Saksbehandler/ Boligkoordinator	

## 10. BOLIGFORSLAG:

- Bolig for mennesker med oppfølgings behov
- Ettervernsbolig
- Bolig med hjelpe- og vernetiltak.
- Enmannsmodul
- Annet:

## 11. VURDERING (FORSLAG) AV HJELPE- OG VERNETILTAK

FRA HVILKE TJENESTER:	FORSLAG TIL TILTAK
<input type="checkbox"/> Sosialtjeneste	
<input type="checkbox"/> Psykisk helsetjeneste	
<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleier	
<input type="checkbox"/> Hjemmehjelp	
<input type="checkbox"/> NAV	
<input type="checkbox"/> Barnevern	
<input type="checkbox"/> Tannhelsetjenesten	
<input type="checkbox"/> Fastlegen	
<input type="checkbox"/> Støttekontakt	
<input type="checkbox"/> Andre (hvilke):	

## 12. UNDERSKRIFT

Sted, dato:	Saksbehandler/ Boligkoordinator	
-------------	------------------------------------	--