**Bilag 19 - Aflastning**

I henhold til § 41, i Inatsisartutlov nr. 13 af 12. juni 2019 om støtte til personer med handicap.

|  |  |
| --- | --- |
| Borgerens navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: | |
| Aflastningsstedets navn:    Adresse: | Hvis aflastningsstedet er en familie, angiv da den ansvarliges  Navn:  Cpr.nr.: |
| Aflastningsstedets relation til personen med handicap: | |
| Såfremt borgeren er under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse: | |

Årsag til ansøgningen:

|  |
| --- |
| Beskrivelse af, hvorfor aflastningen er nødvendig: |

Omfanget af aflastningen:

|  |
| --- |
| Hvor ofte skal aflastningen finde sted? \_\_Hver uge \_\_Hver 14. dag \_\_Hver 3. uge \_\_Hver 4. uge  Fra \_\_\_\_\_\_\_dag kl. \_\_\_\_ til \_\_\_\_\_\_\_dag kl. \_\_\_\_ første gang den \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anden tidsinterval, hvilken:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Fra dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ til dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ved aflastningens påbegyndelse: \_\_Bringes borgeren \_\_Afhentes borgeren    Ved aflastningens afslutning: \_\_Bringes borgeren \_\_Afhentes borgeren  Hvis aflastningsstedet skal hente og aflevere borgeren, er der lavet følgende aftale omkring transportomkostningerne: |

Sted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansøger (personlig underskrift): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modtaget af kommunen: Sagsbehandler:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Skriftlig kontrakt aftale mellem kommune og en aflastningsfamilie eller et døgninstitution, der modtager personer med handicap i aflastning.

|  |  |
| --- | --- |
| Borgerens, der skal på aflastningsophold, navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse: | |
| Såfremt under 18 år, forældrenes eller værgens navn og adresse: | |

Aflastning på døgntilbud

|  |
| --- |
| Døgntilbuddets navn:  Adresse:  Telefon nr./mailadresse: |

Aflastning på et selvejende institution

|  |
| --- |
| Institutionens navn:  Adresse:  Telefon nr./mailadresse: |

Aflastning hos plejefamilie

|  |  |
| --- | --- |
| Plejeforældres navn: | Cpr.nr.: |
| Adresse:  Telefon nr./mailadresse: | |
| Hvornår er plejetilladelse udstedt i henhold til Inatsisartutlov nr. 20 af 26. juni 2017 om støtte til børn    Sted: Dato: | |

Forsørgelse af personen med handicap

|  |
| --- |
| Beskriv hvordan forsørgelsen af personen med handicap skal foregå: |

Takster i forbindelse med aflastningsophold (se gældende takstcirkulære)

|  |
| --- |
| Anføres takst pr dag for aflastning:  Begrundelse såfremt der udbetales dobbelt takst til plejefamilien:  Udbetales kr. pr dag: |

Underskift mellem aflastningssted og kommune

|  |
| --- |
| Periode: Fra: Til: |
| Sted: Dato: |

Følgende dokumenteres:

* Plejetilladelse for aflastningsfamilier der modtager borgere under 18 år
* GER-nr. for selvejende institutioner
* Kopi udleveres ansøger – aflastningssted