

# Innsøknings skjema til kommunal plass ved Albatrossen Ettervernssenter



Navn:		
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
Fødselsnummer:	Mobilnummer:	
LAR-senter:	AFR Spesialrådgiver:	Tlf:
Sosialkontor:	Konsulent:	Tlf:
NAV stat:	Saksbehandler:	Tlf:

Motivasjon/målsetting:

Søker godkjenner innhenting av sosialrapport: Ja / Nei  
Søker godkjenner at nærmeste pårørende kan få informasjon på forespørsel: Ja / Nei

Signatur:

Bruker følgende foreskrevne medikamenter utover LAR: .....  
Bruk av A- og B-preparater utover LAR/ADHD-medisin innebærer at søknaden avslås.

Ønsker følgende tilbud:

- Dataundervisning/Datakortet
- Arbeidspraksis
- Urinprøver
- Metadon
- Subutex
- Suboxone
- Suboxone film
- Buprenorfin
- Buprenorfin Norspan
- Annet

Søknad innvilget/avslått:	Planlagt oppstartsdato:	Dato/Underskrift Albatrossen
---------------------------	-------------------------	------------------------------

**Sendes:**  
**Albatrossen Ettervernssenter**  
**Damsgårdsveien 131, 5160 LAKSEVÅG**