

Hjemmetjenestevirksomhet - 2020

A Opplysninger om virksomheten

A.1 Kontaktinformasjon

Vennligst oppgi kontaktinformasjon for person som SSB kan kontakte ved spørsmål om rapporteringen.

Navn på kontaktperson

Telefonnummer kontaktperson

E-postadresse kontaktperson

A.2 Informasjon om kommunen

Kommunennummer

Kommunens navn

Bydelsnummer

Bydelens navn

A.3 Informasjon om virksomheten

Under vises informasjon for virksomhet registrert som hjemmetjeneste i Enhetsregisteret. Dersom det er endringer/feil i opplysningene nedenfor, kan feltene endres direkte. For øvrig kan en benytte merknadsfeltet. Dersom en virksomhet savnes i KOSTRA-portalen under skjema 6, vennligst gi beskjed til kommunal-helse-omsorg@ssb.no

Virksomhetens navn

Virksomhetens organisasjonsnummer

Foretakets organisasjonsnummer

Virksomhetens adresse

Postnr

Poststed

Virksomhetens e-postadresse

Virksomhetens telefonnummer

Utfører virksomheten hjemmetjenester på vegne av kommunen?

Tilstand

Dersom virksomheten var permanent ute av drift 31.12., angi dato for når dette skjedde:

A.4 Kontroll mot Enhetsregisteret

Dersom sektor eller næring ikke stemmer i feltene under, vennligst velg riktig kategori ved å bruke nedtrekksmenyene.

Næring:

Sektor:

A.5 Merknader til opplysninger om virksomheten

^

v

B Opplysninger om tjenester

B.1 Virksomhetens tjenester

Hva slags type virksomhet er enheten?

Flere kryss er mulig.

- ☐ Hjemmetjenestetilbud - samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap med tilknyttet personell
- ☐ Hjemmetjenestetilbud - base for ambulerende tjenester til beboere i omsorgsbolig eller privat hjem
- ☐ Hjemmetjenestetilbud - brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og/eller omsorgstønad
- ☐ Barnebolig/avlastningsbolig
- ☐ Sykehjem
- ☐ Dagsenter/dagaktivitetstilbud
- ☐ Ressursenhet som betjener ulike virksomheter
- ☐ Bestillerkontor
- ☐ Administrasjon
- ☐ Annen type virksomhet. *Vennligst gi nærmere opplysninger i spesifikasjonsfeltet under.*

^

v

B.2 Integrerte tjenester

Mottar virksomheten også bistand fra andre helse- og omsorgsvirksomheter hele eller deler av døgnet?

☐ Ja ☐ Nei

- ☐ Sykehjem
- ☐ Hjemmetjenestetilbud - samlokaliserte omsorgsboliger/bofellesskap med tilknyttet personell
- ☐ Hjemmetjenestetilbud - base for ambulerende tjenester til beboere i omsorgsbolig eller privat hjem
- ☐ Annen type virksomhet. *Vennligst gi nærmere opplysninger i spesifikasjonsfeltet under.*

^

v

Betjener personell ved virksomheten også andre helse- og omsorgsvirksomheter?

☐ Ja ☐ Nei

- ☐ Barnebolig/avlastningsbolig
- ☐ Sykehjem
- ☐ Dagsenter
- ☐ Annen type virksomhet. *Vennligst gi nærmere opplysninger i spesifikasjonsfeltet under.*

B.3 Målgrupper

Målgrupper for hjemmetjenestevirksomheten.

Flere kryss er mulig.

☐ Personer med demens

☐ Personer 0-66 år med bevegelseshemning grunnet **funksjonsnedsettelse**, skade, somatisk sykdom o.l.

☐ Personer 67 år eller over med bevegelseshemning grunnet **alder**, funksjonsnedsettelse, skade, somatisk sykdom o.l.

☐ Personer med utviklingshemning og/eller andre typer utviklingsforstyrrelser

☐ Personer med psykiske lidelser

☐ Personer med rusproblemer

☐ Ingen målgruppe

☐ Annen målgruppe

Vennligst gi nærmere opplysninger i spesifikasjonsfeltet under.

B.4 Boliger

Hvor mange boenheter (plasser) kan brukes samtidig?

Tell også med ev. ledige boenheter på telletidspunkter 31.12.

B.5 Samarbeid med andre kommuner

Dersom andre kommuner har tilgang til virksomhetens tilbud, vennligst angi hvilke kommuner dette gjelder.

Vennligst angi flere kommuner dersom det er flere enn hva skjemaet tillater.

B.6 Merknader til virksomhetens tjenester