

PHva er hjelpestønad?

Hjelpestønad

Du kan få **hjelpestønad** når du har behov for særskilt tilsyn og pleie på grunn av en lidelse som varer i to-tre år eller lengre. Hjelpebehovet må ha et visst omfang, se felt 2 og felt 3 på kravskjemaet.

Det er én sats for hjelpestønad. Satsen fastsettes av Stortinget.

Forhøyet hjelpestønad

Funksjonshemmede barn under 18 år kan få **forhøyet hjelpestønad**. Det er en forutsetning at barnet har et betydelig større behov for tilsyn og pleie enn det som er betingelsen for å få vanlig hjelpestønad.

Det er tre satser for forhøyet hjelpestønad. Satsene fastsettes av Stortinget.

Dersom barnet dør har foreldre til barn som har mottatt forhøyet hjelpestønad i minst tre år rett til hjelpestønad i en overgangperiode på tre måneder etter at behovet for tilsyn og pleie er opphørt.

Hjelpestønad er skattefri.

Vilkårene for rett til hjelpestønad fremgår av folketrygdloven § 6-4

Hjelpestønad gis som regel ikke for lengre tid tilbake enn tre måneder før den kalendermåneden da kravet ble satt fram (folketrygdloven paragraf 22-13).

Utfylling av kravskjemaet

Nedenfor har vi gitt en orientering i tilknytning til noen av de feltene på skjemaet som du skal fylle ut. Vi ber deg lese orienteringen før du fyller ut side 2 og 3 i dette skjemaet.

(Side 4 skal fylles ut av legen)

Felt 1

Feltet gjelder bare søkeren. Dersom kravet gjelder for eksempel barn, skal de personlige opplysningene gjelde barnet.

Som hovedregel gis hjelpestønad bare til personer som er bosatt i Norge. Stønad kan også gis i utlandet til:

- Pensjonister som mottar pensjon fra folketrygden og er bosatt i andre EØS-land. Det kan gis hjelpestønad så lenge Norge plikter å dekke helsetjenester for pensjonisten
- Yrkesaktive personer i Norge som er medlem av folketrygden, men bosatt i andre EØS-land
- Familiemedlemmer som er bosatt i andre EØS-land når den yrkesaktive arbeider i Norge og er medlem av folketrygden. Med familiemedlem menes forsørget ektefelle eller barn under 18 år, som selv ikke er yrkesaktiv

Felt 2

Dersom du krysser av i rubrikken «Annet», skal opplysningene om behovet for og omfanget av hjelpen gis i felt 3.

Felt 3

Utfyllende opplysninger om tilsyns- og pleiebehovet **skal** gis i dette feltet.

Felt 4

NAV får bankkontonummeret ditt overført fra Skattedirektoratet. Ønsker du å se hvilket bankkontonummer vi benytter, eller endre dette, gå til www.nav.no. Søk på bankkonto.

For barn under 18 år, oppgi barnets kontonummer.

Felt 6

Søkeren eller vergen/fullmektigen skal undertegne søknaden (kravskjemaet). NAV-kontoret kan hjelpe deg med utfyllingen.

Saksgang

Søknaden (kravskjemaet) skal sendes til Nav-kontoret i bokommunen din.

Når saken er ferdig behandlet og det er avgjort om du fyller vilkårene for å få hjelpestønad, får du skriftlig melding fra NAV. Eventuell stønad blir overført til bankkonto med et fast beløp én gang i måneden.

Hvis søknaden blir avslått, kan du klage til NAV Klageinstans. Vedtak fattet av NAV Klageinstans kan du anke til Trygderetten.

Arbeids- og velferdsetaten kan innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet. Bestemmelser om saksbehandling, klage og anke er gitt i kapittel 21.

FOLKETRYGDEN**Krav om hjelpestønad**

Denne og neste side fyller søkeren ut

1 Personlige opplysninger mv.

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)	
Bostedsadresse		Bokommune	Telefonnummer
Sivilstand (ugift, gift, samboer, separert mv.)	Fast bosatt i Norge?	Hvis nei , gi nærmere opplysninger i feltet nedenfor	Har du søkt/eller har du: Pensjon fra folketrygden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Ektefellens fødselsnr. (11 siffer)	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		Hvis ja , type pensjon: _____
Yrke	Bosatt utenfor Norge		Pensjon fra annet EØS- land? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Fødselsårene til barn i familien	Når ble sykdommen/skaden oppdaget?	Dato	Er sykdommen/skaden en yrkes-skade/yrkessykdom? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Oppgi årsaken til hjelpebehovet (sykdom, skade eller lyte) (Om nødvendig, fortsett i felt 3)			
Har du vært innlagt i sykehus?	Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Navnet på legen og/eller sykehuset som behandler deg	

2 Hjelpestønad – opplysninger om behov for hjelp til tilsyn og pleie

Kryss av for de oppgavene du trenger hjelp til		Hvor mye hjelp trenger du?	
Av-/på-kledning <input type="checkbox"/>	Stå opp/legge seg <input type="checkbox"/>	Personlig hygiene <input type="checkbox"/>	Daglig tilsyn <input type="checkbox"/>
			Nattlig tilsyn <input type="checkbox"/>
			Spise <input type="checkbox"/>
			Annet <input type="checkbox"/>
Hvem hjelper deg?		Antall timer <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Foreldre/fam.	<input type="checkbox"/> Hjemmesykepleier	<input type="checkbox"/> Pr. uke <input type="checkbox"/> Pr. md.	
<input type="checkbox"/> Andre	Hvis andre , oppgi navn og adresse		

3 Beskrivelse av hjelpebehovet (Hensikten er å få fram ekstra hjelpebehov i forhold til friske personer)

Om morgenen må følgende gjøres:	
Hvem gjør det?	Antall timer hver morgen anslås til:
Om dagen må følgende gjøres:	
Hvem gjør det?	Antall timer hver dag anslås til:

Krav om hjelpestønad

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
--------------------	---------------------------

3 Beskrivelse av hjelpebehovet (forts.)

Om kvelden må følgende gjøres:		
Hvem gjør det?	Antall timer hver kveld anslås til:	
Om natten må følgende gjøres:		
Hvem gjør det?	Antall timer hver natt anslås til:	

3.1 Hjelpestønad til barn under 18 år

I hvor stor grad er foreldrene hindret i yrkesaktivitet på grunn av merarbeidet med barnet?

Hvis det er for liten plass i noen av feltene, bruk tilleggsark

4 Utbetaling

For barn under 18 år, oppgi barnets kontonummer.
Barnets kontonummer

5 Språkform 6 Underskrift

Hvilken språkform ønsker du i svaret?
Bokmål <input type="checkbox"/> Nynorsk <input type="checkbox"/>

Jeg er kjent med at NAV kan innhente de opplysningene som er nødvendige for å avgjøre kravet

Dato og søkerens/vergens underskrift

Krav om hjelpetønad

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
--------------------	---------------------------

7 Legens uttalelse

Legen skal bl.a. gi svar på følgende spørsmål:

- 7.1 Diagnose(r). Medisinsk begrunnet (dokumentert av f.eks. spesialist eller sykehus) beskrivelse/vurdering av søkerens helsetilstand
 7.2 Er tilstanden varig (som hovedregel 2-3 år eller mer), eller kan det ventes endring på kort eller lengre sikt (i tilfelle når og hvorfor/hvordan)?
 7.3 I hvilken grad bekrefter undersøkelsen(e) søkerens utsagn om egen funksjonsevne og behov for ekstra tilsyn/pleie?

Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvis ja , oppgi hva pasienten ikke bør få vite <input type="checkbox"/>	Jeg ønsker: Kopi av vedtaket Å låne saksdok. Ikke tilbake-melding <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sted og dato	Legens stempel og underskrift	Gjelder bare for behandlende lege og/eller spesialist som har gitt erklæring i denne saken.