

# TILSKUDD TIL PÅRØRENDESKOLER TIL PÅRØRENDE TIL PERSONER MED DEMENS

## Kommuner og spesialisthelsetjenesten kan søke

Søknaden gjelder tilskudd til pårørendeskoler perioden VÅR OG HØST 2026 (1.1. til 31.12) og i tråd med vedlagte kriterier.  
Kriterier, søknadsskjemaer og rapportskjemaer finnes på [www.aldringoghelse.no/tilskuddsordningen](http://www.aldringoghelse.no/tilskuddsordningen)

### 1. ANSVARLIG SØKERINSTANS

Ansvarlig søkerinstans: (Kryss av) ☐ Kommune ☐ Spesialisthelsetjeneste

Navn søkerinstans: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr./Sted: \_\_\_\_\_

Organisasjonsnr.: \_\_\_\_\_ Bankkontonr.: \_\_\_\_\_

Tittel og navn ansvarlig leder søkerinstans: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

Tittel og navn kontaktperson for pårørendeskole: \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ E-post: \_\_\_\_\_

### 2. PÅRØRENDESKOLE DET SØKES TILSKUDD TIL (Kryss av)

**NB:** Her regnes hele pårørendeskolekurset som 1 stk. og ikke antall samlinger.

Periode for gjennomføring: **Vår**

Pårørendeskole i regi av én kommune eller én spesialisthelsetjeneste. Antall tilbud det søkes tilskudd til: \_\_\_\_\_ stk.

Interkommunal pårørendeskole. Antall tilbud det søkes tilskudd til: \_\_\_\_\_ stk.

Navn øvrige kommuner/instanser i spesialisthelsetjenesten som er medsökere: \_\_\_\_\_

Er tilbudet tilpasset spesielt for pårørende til yngre personer med demens, personer med minoritetsetnisk bakgrunn og demens, personer med utviklingshemming og demens eller andre pårørendegrupper?

Ja ☐ Nei ☐ Hvis Ja, beskriv målgruppen(e): \_\_\_\_\_

Periode for gjennomføring: **Høst**

Pårørendeskole i regi av én kommune eller én spesialisthelsetjeneste. Antall tilbud det søkes tilskudd til: \_\_\_\_\_ stk.

Interkommunal pårørendeskole. Antall tilbud det søkes tilskudd til: \_\_\_\_\_ stk.

Navn øvrige kommuner/instanser i spesialisthelsetjenesten som er medsökere: \_\_\_\_\_

Er tilbudet tilpasset spesielt for pårørende til yngre personer med demens, personer med minoritetsetnisk bakgrunn og demens, personer med utviklingshemming og demens eller andre pårørendegrupper?

Ja ☐ Nei ☐ Hvis Ja, beskriv målgruppen(e): \_\_\_\_\_

### 3. ANDRE SAMARBEIDSINSTANSER (Kryss av)

Kommuner, hvilke: \_\_\_\_\_

Spesialisthelsetjenesten, hvilke: \_\_\_\_\_

Frivillige organisasjoner:

Nasjonalforeningen for folkehelsen: \_\_\_\_\_

Andre: \_\_\_\_\_

Andre instanser, hvilke: \_\_\_\_\_

### 4. BEKREFTELSE

Søknaden skal undertegnes av styreleder eller den som har fullmakt. For kommuner og fylkeskommuner skal søknaden undertegnes av rådmannen eller den som vedkommende har delegert myndigheten til.

Ansvarlig leder bekrefter med dette å ha lest og godtatt kriterier for tilskuddsordningen og forplikter seg til å følge disse.

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

Blokkbokstaver: \_\_\_\_\_

**Søknaden skannes og sendes i e-post til: [pskole@aldringoghelse.no](mailto:pskole@aldringoghelse.no) eller sendes i post til: "PÅRØRENDESKOLE", ALDRING OG HELSE, Postboks 2136, 3103 Tønsberg**

Dataene som samles inn anvendes i vurdering av søknaden, for kontakt med søkere og rapportering til Helsedirektoratet.  
Ønsker du mer informasjon om personvern gå inn på [www.aldringoghelse.no/personvern/](http://www.aldringoghelse.no/personvern/)