



## Umsókn um sértæka þjónustu fyrir fötluð börn

Nafn barns: \_\_\_\_\_

Kennitala barns: \_\_\_\_\_ Lögheimili: \_\_\_\_\_

Heimilisfang (ef annað en lögheimili): \_\_\_\_\_

Nafn forráðamanns: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Heimili: \_\_\_\_\_

Símanúmer: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

Aannað: \_\_\_\_\_

Til að afgreiða umsókn um þjónustu verður upplýsinga aflað með viðtölum við umsækjanda og / eða forráðamann.

Sótt er um eftirfarandi þjónustu:

Almenn liðveisla: Nánari útskýringar ef við á

\_\_\_\_\_

Stuðningsfjölskylda: Nánari útskýringar ef við á

\_\_\_\_\_

Skammtí mavistun : Nánari útskýringar ef við á

\_\_\_\_\_

Ég votta hér með að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti starfsfólki umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á mat umsóknar.

Dags: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_

Þjónusta samþykkt af félagspjónustu: \_\_\_\_\_

Vísað til fagteymis dags: \_\_\_\_\_ Ábyrgðaraðili: \_\_\_\_\_

