



UMSÓKN UM FÉLAGSLEGA AÐSTOÐ

Nafn umsækjanda	Kennitala
Lögheimili	Póstnúmer
Heimilisfang (ef annað en lögheimili)	Sími
Sími/GSM	Netfagn
Aðstandandi/tengiliður/forsjáraðili	Tengsl

Hjúskaparstétt:

Ógift(ur) Gift(ur) Ekkja/Ekkill Fráskilin(n) Sambúð Sambúð slitið

Nafn maka/sambúðaraðila	Kennitala
Atvinna maka	

Börn á heimilinu	Fæðingarár
------------------	------------

Tengiliðir	Heimilisfang	Sími

Tilvísunaraðili	Starf	Sími

Þjónusta sem óskað er eftir:

Félagsleg heimaþjónusta	<input type="checkbox"/>
Heimilisþrif	<input type="checkbox"/>
Hádegismatur í Miðhúsum	<input type="checkbox"/>
Heimsendur matur	<input type="checkbox"/>
Annað	<input type="checkbox"/>

Þjónusta sem umsækjandi nýtur nú:

Heimahjúkrun	<input type="checkbox"/>
Dagvist	<input type="checkbox"/>
Heimsendur matur	<input type="checkbox"/>
Ættingjar aðstoða	<input type="checkbox"/>
Öryggistæki/Neyðarhnappur	<input type="checkbox"/>
Heimaþjónusta frá sveitarfélaginu	<input type="checkbox"/>
Annað	<input type="checkbox"/>



Heimaþjónusta – hvaða aðstoð er óskast og hvers vegna

Hversu oft óskar umsækjandi eftir þjónustu		
Einu sinni á dag <input type="checkbox"/>	Einu sinni í viku <input type="checkbox"/>	Tveggja vikna fresti <input type="checkbox"/>

Er reykt á heimilinu <input type="checkbox"/>	Eru gæludýr á heimilinu <input type="checkbox"/>
---	--

Ástæða umsóknar eða annað sem umsækjandi vill taka fram

Með umsókn skal fylgja:

Læknisvottorð

Óskar umsækjandi eftir að afrit af svarbréfi sé sent til aðstandanda/tengiliðs?	Já <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti starfsfólki umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins og dagvistunum ef þörf er á vegna umsóknar. Ég skuldbindi mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á þjónustmátið.

Staður og dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Undirskrift maka