



Umsókn um félagslega heimaþjónustu

UPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimili: _____ Póstnr: _____ Staður: _____

Netfang: _____ Sími: _____ Farsími: _____

Heimilislæknir: _____

Símanúmer á heilsugæslu: _____

Nafn barns: _____ Kennitala: _____
(aðeins ef sótt er um fyrir barn)

HJÚSKAPARSTÉTT UMSÆKJANDA:

() Gift/ur eða í sambúð () Einhleyp/ur

Nafn maka / sambúðaraðila: _____ Kennitala: _____

Atvinna maka: _____

BÖRN Á HEIMILINU:

Á heimilinu búa _____ börn. Fæðingarár þeirra eru: _____

TENGILIÐIR UMSÆKJANDA:

Nafn: _____ Kt. _____ Sími: _____

Nafn: _____ Kt. _____ Sími: _____

Er reykt á heimilinu? () Já () Nei

Eru gæludýr á heimilinu? () Já () Nei



HEIMAFJÓNUSTA

Hvaða aðstoð óskast: _____

Hver vegna er óskað eftir þjónustunni? _____

ÞJÓNUSTA SEM UMSÆKJANDI NÝTUR NÚ:

- Heimafjónusta Dagvist
 Heimsendur matur Ættingjar aðstoða
 Heimahjúkrun Akstursþjónusta
 Annað, hvað? _____

Aðrar upplýsingar sem þjónustuþegi vill að komi fram: _____

FYLGIGÖGN SEM SKULU FYLGJA UMSÓKN:

- Læknisvottorð eða hjúkrunarbréf

Með undirskrift minni votta ég að allar upplýsingar sem gefnar eru upp á umsókn þessari eru réttar. Einnig veiti ég starfsfólki félagsþjónustu Fjarðabyggðar heimild til að afla sér þeirra upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins, skattayfirvöldum, úr opinberum skráum og hjá atvinnurekendum sem nauðsynlegar eru við mat á umsókninni.

Ég mun einnig láta vita um allar breytingar á mínum högum sem hafa áhrif á þjónustumatið og/eða greiðsluhlutdeild kostnaðar við heimafjónustu.

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda / aðstandanda