



FJARÐABYGGÐ

Umsókn um lækkun / niðurfellingu á greiðslu fyrir félagslega heimaþjónustu

ALMENNAR UPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimili: _____ Póstnr: _____ Staður: _____

Netfang: _____ Sími: _____ Farsími: _____

SÓTT ER UM:

() Lækkun á gjaldi

() Niðurfellingu á gjaldi

ÁSTÆÐA UMSÓKNAR:

Ég staðfesti hér með undirskrift minni að allar upplýsingar sem gefnar eru upp á umsókn þessari eru sannar og réttar.

Starfsfólki félagsþjónustu Fjarðabyggðar er heimilt að afla sér upplýsingar hjá Tryggingastofnun ríkisins, heilsugæslu, skattayfirvöldum og úr opinberum skráum sem nauðsynlegar eru við mat á heimaþjónustu og ákvörðun um greiðsluhlutdeild.

Ég skuldbind mig einnig til að láta vita um breytingar á högum mínum og tekjum sem geta haft áhrif á þjónustumatið og/eða greiðsluhlutdeild kostnaðar við heimaþjónustu.

Staður, dagsetning

Undirskrift umsækjanda