



FJARÐABYGGÐ

Umsókn um félagslega heimaþjónustu

ALMENNAR UPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Heimili: _____ Póstnr: _____ Staður: _____

Netfang: _____ Sími: _____ Farsími: _____

Heimilislæknir: _____

Símanúmer á heilsugæslu: _____

HJÚSKAPARSTÉTT:

Ógift/ur Gift/ur Ekkja / ekill Fráskilin/n

Í sambúð Sambúð slitið

Nafn maka / sambúðaraðila: _____ Kennitala: _____

Atvinna maka: _____

Nafn barns: _____ Kennitala: _____

(aðeins ef sótt er um fyrir barn)

BÖRN Á HEIMILINU:

Á heimilinu búa _____ börn. Fæðingarár þeirra eru _____

TENGILÍÐIR UMSÆKJANDA:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Nafn: _____ Kennitala: _____

Er reykt á heimilinu? Já Nei

Eru gæludýr á heimilinu? Já Nei

HEIMABJÓNUSTA

Hvaða aðstoð óskast og hvers vegna? _____

BJÓNUSTA SEM UMSÆKJANDI NÝTUR NÚ:

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

Aðrar upplýsingar sem umsækjandi vill að komi fram: _____

FYLGIGÖGN SEM SKULU FYLGJA UMSÓKN:

- Læknisvottorð

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 heimaþjónustu.

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda / aðstandanda