

## Umsókn um félagslega stuðningsþjónustu

### ALMENNAR UPPLÝSINGAR

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

Kennitala: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Nafn maka/sambúðaraðila: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_

Ef börn búa á heimili, tilgreinið fjölda þeirra og aldur: \_\_\_\_\_

Ef aðrir búa á heimili, tilgreinið aldur og tengsl við umsækjanda: \_\_\_\_\_

### ÁSTÆÐA UMSÓKNAR

Tilgreinið ítarlega ástæður fyrir umsókn: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

### MAT Á SJÁLFBJARGARGETU

Merkið við það sem við á:

- Alveg sjálfbjarga
- Nokkuð sjálfbjarga
- Þarf nokkra aðstoð
- Þarf mikla aðstoð
- Rúmliggjandi

### ÞJÓNUSTA SEM UMSÆKJANDI NÝTUR

Heimahjúkrun, tilgreinið hve oft: \_\_\_\_\_

Heimsendur matur, tilgreinið hve oft: \_\_\_\_\_

Dagdvöl eða annað virkniúrræði, tilgreinið hvar og hve oft í viku: \_\_\_\_\_

Öryggistæki / Neyðarhnappur: \_\_\_\_\_

Önnur þjónusta eða aðstoð, tilgreinið: \_\_\_\_\_

### AÐSTANDENDUR UMSÆKJANDA

Nafn: \_\_\_\_\_ Kt: \_\_\_\_\_ Tengsl: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstfang: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Nafn: \_\_\_\_\_ Kt: \_\_\_\_\_ Tengsl: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ Póstfang: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

**Þegar umsókn hefur borist mun starfsmaður félagslegrar stuðningsþjónustu hafa samband og bóka tíma til að framkvæma mat á stuðningsþörf í samráði við umsækjanda.**

### STAÐFESTING UMSÓKNAR

Geti umsækjandi ekki undirritað umsókn sjálfur þá tilgreinið ástæðu: \_\_\_\_\_

Með undirritun minni lýsi ég því yfir að umsókn þessi er gerð að eigin ósk og vilja. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið um hagi mína og umsóknin sjálf verði skráð í gagnagrunn velferðarþjónustu Árborgar, ásamt leyfi fyrir samvinnu við þá aðila sem að þjónustunni munu koma, s.s. Heilbrigðisstofnun Suðurlands, HSu.

Árborg, \_\_\_\_\_

Dagsetning \_\_\_\_\_

Undirskrift

Ef við á, undirskrift maka/aðstandanda