

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 endurhæfingar- og/eða 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