



Sveitarfélagið  
**ÁRBORG**

Félagsþjónustusvið

**Umsókn um stuðningsfjölskyldu og/eða skammtímavistun**  
Stoðþjónusta byggð á lögum um málefni fatlaðra, nr. 59/1992 með síðari breytingum

Sótt er um:

	Stuðningsfjölskyldu
	Skammtímavistun

Nafn barns:	Kt:
Lögheimili:	Póstnúmer:
Sveitarfélag:	GSM sími:

Foreldrar/forráðamenn:

Nafn:	Kt:
Netfang:	Sími:
Nafn:	Kt:
Netfang:	Sími:

**Stutt lýsing á fötlun** (ef þær uppl. liggja ekki fyrir hjá félagsþjónustu) **og áhrif á daglegt líf**

--

**Sérstakar óskir** (t.d. fjöldi sólarhringa, vegna stuðningsfjölskyldu fjölskyldugerð, staðsetning, annað):

--

**Staður og dagsetning:**

**Undirskrift foreldris/forráðamanns :**

--

**Í framhaldi af móttöku umsóknar verður haft samband við foreldri/forráðamenn til að afla frekari upplýsinga og meta þjónustubörf.**