

# Þjónustuvæði Suðurlands í málefnum fatlaðs fólks

Umsókn móttækin dags: \_\_\_\_\_

Umsókn um sértæka ráðgjöf til foreldra barna með fötlun			
Nafn barns :	Kennitala:		
Heimilisfang:	Póstnúmer og staður:		
Skóli/leikskóli:	Kennari:		
Nafn foreldris:			
Heimilisfang, ef annað en barnsins	Sími:	Farsími:	Netfang:
Nafn foreldris:			
Heimilisfang, ef annað en barnsins	Sími:	Farsími:	Netfang:
Tilvísandi ef annar en foreldri			
Staða/stofnun	Sími:	Netfang:	

## Óskað er eftir:

- Ráðgjöf og leiðbeiningar um réttindi og þjónustu
- Ráðgjöf til foreldra vegna uppeldis- og íhlutunarleiða
- Snemmtæk íhlutun og þroskajálfun ungra barna
- Sértæk ráðgjöf heim vegna skipulags fyrir börn og foreldra
- Þátttaka í teymisvinnu vegna barna
- Annað \_\_\_\_\_

## Ástæða tilvísunar:


Hefur barnið staðfest frávik í þroska?

Já  Nei

Ef já, að hvaða leiti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Dagsetning

\_\_\_\_\_   
Undirskrift tilvísunaraðila

\_\_\_\_\_   
Undirskrift foreldris

*Umsókn um sértæka ráðgjöf skal send félagsþjónustunni í heimabyggð barnsins, til ráðgjafa í málefnum fatlaðs fólks.*