



Seyðisfjarðarkaupstaður
Kt. 560269-4559
☎ 470 2300
Vefsíða : www.sfk.is

Umsókn um félagslega heimaþjónustu

Almennar upplýsingar

Nafn : _____ kt: _____

Nafn maka /sambúðaraðila: _____ kt : _____

Heimilisfang: _____ Sími: _____

Nafn barns: (ef sótt er um vegna barns) _____

kt: _____

Aðrir heimilismenn: _____

Er reykt á heimilinu? Já Nei Eru gæludýr á heimilinu? Já Nei

Börn á heimilinu:

Börn/ fjöldi: _____ Fæðingarár: _____

Hjúskaparstétt:

Ógift(ur) Giftur Ekill / Ekkja Fráskilin(n) Í sambúð sambúð slitið

Tengiliðir, nöfn og símanúmer :

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

Tilvísunaraðilar:

Tilvísunaraðili: _____ Sími: _____

Heimilislæknir: _____ Sími: _____

Þarf aðstoð við:

Ástæða fyrir beiðni um þjónustu:

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

Ég votta með undirskrift minni, að allar upplýsingar í sambandi við umsókn þessa eru réttar og starfsfólki Félagsþjónustunnar er heimilt að afla sér þeirra upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins, skattayfirvöldum, úr opinberum skráum og hjá atvinnurekendum, sem nauðsynlegar eru við mat á umsókninni. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum og tekjum, sem hafa áhrif á þjónustumatið og /eða greiðsluhlutdeild kostnaðar við heimaþjónustu. Einnig er heimilt að skrá upplýsingar í tölvu.

Seyðisfirði, dags _____

Undirskrift umsækjanda

Undirskrift maka / sambúðaraðila

Með umsókn skal fylgja

Læknisvottorð.