

## Almennar upplýsingar

<b>Nafn:</b>	<b>Kennitala:</b>
<b>Lögheimili:</b>	<b>Póstnúmer:</b>
<b>Netfang:</b>	<b>Símanúmer</b>

Býr ein(n)     Með öðrum    Búseta í Reykjavík frá árinu: \_\_\_\_\_

## Hjúskaparstétt:

Ógift(ur)     Gift(ur)     Ekkja/Ekkill     Fráskilin(n)     Í sambúð

<b>Nafn maka/sambúðaraðila:</b>	<b>Kennitala:</b>

## Nánustu aðstandendur

Nafn:	Tengsl:	Sími:

Fjöldi barna: \_\_\_\_\_ Fjöldi barna á Stór-Reykjavíkursvæðinu: \_\_\_\_\_

## Sótt er um (krossið þar sem við á - leyfilegt er að krossa við fleiri en einn stað):

 Þjónustuíbúð – æskileg staðsetning Dalbraut 21-27 Furugerði 1 Lindargata 57-66 Langahlíð 3 Norðurbrún 1 Öryggisíbúð (aukið þjónustustig)-æskileg staðsetning Fróðengi 1-11     Hjallasel 55 (Seljahlíð)

## Núverandi

## húsnæðisaðstæður:

## Húsnæðisaðstaða (krossið þar sem við á):

Eignaríbúð     Húsnæðislaus     Félagsleg leiguíbúð     Býr hjá aðstandendum

Almenn  
leiguíbúð

Ef leiguíbúð, gildistími leigusamnings: \_\_\_\_\_

Ef leiguíbúð, mánaðarleiga (kr.): \_\_\_\_\_

**Lýsing á húsnæði og aðkomu:****Húsnæði**

- Einbýli/raðhús  
 Fjölbýli

**Aðgengi**

- Gott  
 Sæmilegt  
 Slæmt

**Lýsið aðgengi**

- Útitröppur  
 Stigi  
 Lyfta

Ef slæmt aðgengi, útskýrið nánar: \_\_\_\_\_

**Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu (krossið þar sem við á):**

- Félagsleg heimaþjónusta, hve oft í viku: \_\_\_\_\_  
 Heimahjúkrun, hve oft í viku: \_\_\_\_\_  
 Dagvist, hvar, hve oft í viku: \_\_\_\_\_  
 Heimsendur matur, hve oft í viku: \_\_\_\_\_  
 Önnur þjónusta: \_\_\_\_\_  
 Neyðarhnappur/öryggishnappur

**Færni/þarf aðstoð við (krossið þar sem við á):**

- Alveg sjálfbjarga       Nokkuð sjálfbjarga       Þarf mikla aðstoð

þarf aðstoð við: \_\_\_\_\_

Heimilislæknir: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Heilsugæslustöð: \_\_\_\_\_

**Annað sem umsækjandi óskar að taka fram**


**Með umsókn skal fylgja:**

- Læknisvottorð

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti starfsfólki fullt og ótakmarkað umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins, skattayfirvöldum og Þjóðskrá Íslands. Jafnframt veiti ég samþykki fyrir því að aflað verði upplýsinga um heilsufar mitt í tengslum við umsókn þessa hjá Heimahjúkrun og heilsugæslu minni. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á umsókn mína.

\_\_\_\_\_  
**Staður og dagsetning**

\_\_\_\_\_  
**Undirskrift umsækjanda**

\_\_\_\_\_  
**Undirskrift maka/sambúðaraðila**

**Með öll mál er farið sem trúnaðarmál****Hægt er að fá upplýsingar og skila inn umsókn á þjónustumiðstöð í þínu hverfi:**

Þjónustumiðstöð Vesturbæjar, Miðborgar og Hlíða, Laugavegi 77, s. 411-1600

Þjónustumiðstöð Laugardals og Háaleitis, Efstaleiti 1, s. 411-1500

Þjónustumiðstöð Breiðholts, Álfabakka 12, s. 411-1300

Þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts, Hraunbæ 115, s. 411-1200

Þjónustumiðstöð Grafarvogs og Kjalarness-Miðgarður, Gylfaflöt 5, s. 411-1400

**Upplýsingar veitir einnig Þjónustuver Reykjavíkurborgar s. 4 11 11 11**