



Umsókn um félagslega heimaþjónustu

Almennar upplýsingar

Nafn:	Kennitala:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lögheimili:	Símanúmer:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Netfang:	
<input type="text"/>	

Hjúskaparstétt:

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

Nafn maka/sambúðaraðila:	Kennitala:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atvinna maka:	
<input type="text"/>	

Nafn barns: (Aðeins ef sótt er um fyrir barn)	Kennitala:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Börn á heimilinu:

Börn fjöldi:	Fæðingarár:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Heimilislæknir:

Nafn heimilislæknis:	Sími á heilsugæslu:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tengiliðir:

Nafn:	Tengsl:	Sími:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Er reykt á heimilinu?

Já Nei

Eru gæludýr á heimilinu?

Já Nei

Heimaþjónusta – hvaða aðstoð óskast og hvers vegna?:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Þjónusta sem umsækjandi nýtur nú:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heimaþjónusta _____ | <input type="checkbox"/> Dagvist _____ |
| <input type="checkbox"/> Heimsendur matur _____ | <input type="checkbox"/> Ættingjar aðstoða _____ |
| <input type="checkbox"/> Heimahjúkrun _____ | <input type="checkbox"/> Akstursþjónusta _____ |
| <input type="checkbox"/> Annað _____ | |

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

Með umsókn skal fylgja:

-
- Læknisvottorð

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar í sambandi við umsókn þessa eru réttar og starfsfólki þjónustumiðstöðvarinnar 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 þessar upplýsingar í tölvu.

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 – Vesturgarður, Hjarðarhaga 45-47, s.411-1700

Þjónustumiðstöð 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