



## Umsókn um lækkun/niðurfellingu á greiðslu fyrir félagslega heimaþjónustu

### Almennar upplýsingar

Nafn	
Kennitala	
Heimilisfang	
Símanúmer	
Netfang	
Nafn maka/sambúðaraðila	

### Sótt er um

Lækkun/niðurfellingu á greiðslu fyrir félagslega heimaþjónustu

### Ástæða umsóknar

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar í sambandi við umsókn þessa eru réttar og starfsfólki þjónustumiðstöðvar er heimilt að afla sér þeirra upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins, skattayfirvöldum og úr opinberum skráum sem nauðsynlegar eru við mat á félagslegri heimaþjónustu og ákvörðun um greiðsluhlutdeild. Ég heimila að gögnin verði sótt rafrænt. 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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**