

Umsókn um húsnæði og / eða aðstoð á heimili skv. reglugerð nr. 1054/2010

Nafn umsækjanda	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir og sérfræðingar sem til þekkja:	
Örorkustig: <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> minna en 75%	

Fötlun umsækjanda og áhrif hennar á færni við daglegar athafnir:

--

Um hvað er sótt:

HÚSNÆÐI

- Félagslegt húsnæði – íbúðir í eigu hagsmunasamtaka eða sveitarfélagsins.
- Sérstakt húsnæðisúrræði – íbúðir í þjónustukjarna eða sambýli.

AÐSTOÐ Á HEIMILI – aðstoð við fatlað fólk við athafnir daglegs lífs og þátttöku í samfélaginu.

- Lítil þjónustupörf ____ fjöldi klst. á sólarhring / viku (t.d. frekari liðveisla).
- Miðlungs þjónustupörf ____ fjöldi klst. á sólarhring / viku (t.d. frekari liðveisla).
- Sólarhringsþjónusta.

Núverandi heimilisaðstæður:

--

Núverandi þjónusta:

--

Þjónustupörf:

--

Hvenær er áætluð þörf á búsetu / þjónustunni, mánuður og ár ? _____

Tekjur á mánuði:

Frá TR:	kr.
Úr lífeyrissjóði:	kr.
Atvinnutekjur:	kr.
Annað:	kr.
Samtals:	kr.

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

--

Með umsókn skal fylgja afrit af skattframtali síðasta árs, læknisvottorð, útprentun úr staðgreiðsluskrá.

Með undirskrift minni veiti ég heimild til að leitað sé upplýsinga hjá þeim læknum, sérfræðingum og þjónustuaðilum sem tilgreindir eru á umsókninni. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið í umsókninni um hagi og eðli umsóknar verði skráðar á tölvu, ásamt öðrum þeim upplýsingum sem aflað verður við vinnslu umsóknarinnar.

Staður , dagsetning

Undirskrift umsækjanda*

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

Afgreiðsla/svar:

--

*Eða aðstandanda / umsjónarmanns ef umsækjandi getur ekki sjálf/ur skrifað undir.