

Umsókn um skammtímaþjónustu hjá félagsþjónustu Fljótsdalshéraðs

| | |
|------------------------------------------|------------|
| Nafn umsækjanda | Kennitala: |
| Heimilisfang: | Sími: |
| Aðstandandi: | Kennitala |
| Heimilisfang: | Sími: |
| Heimilislæknir og sérfr. sem til þekkja: | |

Stutt lýsing á fötlun:

Hvers er óskað:

Núverandi þjónusta:

Annað sem umsækjandi vill taka fram:

Staður , dagsetning

Undirskrift umsækjanda / forsjáraðila

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.

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

Afgreiðsla/svar: