



Umsókn um liðveislu.

Skv. 24. gr. laga nr. 59/1992 um málefni fatlaðs fólks

Umsókn um liðveislu fyrir:

Nafn _____ kt. _____

Heimilisfang _____ Póstnr. _____

Netfang _____ Heimasími _____ GSM _____

Aðrir heimilismenn:

Foreldrar _____ kt. _____

_____ kt. _____

Systkin, fæðingarár _____

Maki _____ kt _____

Börn, fæðingarár _____

Aðrir _____

Ýmsar upplýsingar:

Stutt lýsing á fötlun _____

_____ Örorka _____ %

Hverjar eru ástæður umsóknar? _____

Er umsækjandi í vinnu, skóla, þjálfun, dagþjónustu eða öðru? Ef já, hvar og hversu langan tíma á dag/ viku?

Hefur umsækjandi eftirtalda þjónustu? Ef já, hversu mikið á viku/mánuði:

Stuðningsfjölskyldu_____Skammtímavistun_____

Félagsleg heimaþjónusta_____Heimahjúkrun_____

Frekari liðveislu_____Annað_____

Tekur umsækjandi þátt í félagsstarfi (íþróttafélagi, klúbb eða öðru) og þá hverju?

Hefur umsækjandi haft liðveislu áður? Hvenær og hversu marga tíma í mánuði?

Hvað er óskað eftir mörgum tímum í mánuði? _____ Í hversu marga mánuði? _____

Eru sérstakar óskir um liðveitanda t.d. hvað varðar kyn, aldur eða ákveðinn einstakling?

Eru sérstakar óskir um hvenær og hvernig liðveislutíminn er nýttur? Einhvern ákveðinn dag, að degi eða kvöldi, virka daga og / eða um helgar, til ákveðinna athafna?

Dagsetning og undirskrift umsækjanda eða aðstandanda