

HEIMSENDUR MATUR

Félagsþjónusta Kópavogs
Fannborg 4, 200 Kópavogur
Sími: 570-1500, símbref: 570-1401



GRUNNUPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA

Nafn:		Kennitala:
Heimilisfang:	Póstfang:	Sími/símar:
Hjúskaparstaða: <input type="checkbox"/> Gift(ur)/sambúð <input type="checkbox"/> Einhleyp(ur)		
Nafn maka / sambúðaraðila:		Kennitala:

UPPLÝSINGAR UM NÚVERANDI ÞJÓNUSTU UMSÆKJANDA

Merkja á við þjónustu sem vitað er að umsækjandi er með:

- Heimaþjónustu frá Kópavogsbæ
 Heimahjúkrun frá Heilsugæslunni
 Dagþjálfun, hvar og hve oft í viku: _____
 Önnur þjónusta, tilgreina: _____

ÁSTÆÐA UMSÓKNAR

Merkja á við það sem við á um umsækjanda:

- Nýlokið sjúkrahúsvist, dags: _____
 Tímabundin veikindi, tilgreina nánar: _____

 Langvarandi veikindi, tilgreina nánar: _____

 Slys, tilgreina áverka og afleiðingar: _____

 Aðrar ástæður, tilgreina nánar: _____

Getur umsækjandi sótt matarþjónustu í félagsheimilin Gjábakka eða Gullsmára: Já Nei

ÓSKAÐ HEIMSENDINGAR EFTIRTALDA DAGA

Mánudaga Þriðjudaga Miðvikudaga Fimmtudaga Föstudaga Laugardaga Sunnudaga

UPPRUNI UMSÓKNAR

Umsækjandi sjálfur Aðstandandi umsækjanda Starfsmaður heimaþjónustu Starfsmaður heilbrigðisstofnunar

Undirritun til staðfestingar umsókn

Dagsetning

AFGREIÐSLA

Niðurstaða:

Þjónusta hefst dags:

Fjöldi bakka á dag: 1 matarbakki 2 matarbakkar

Endurmat: Eftir ½ mánuð Eftir 1 mánuð Eftir 3 mánuði Annað, tilgreina dags: _____

Starfsmaður:

Dagsetning: