

# Umsókn<sup>1</sup> um

liðveislu     stuðningsfjölskyldu     sérfræðiráðgjöf

Skv. reglum um þjónustu við fatlaða einstaklinga samþykktum af félagsmálaráði Kópavogs 19. janúar 2006.

Merkið **X** við viðeigandi þjónustu og hvort um nýja umsókn er að ræða eða endurnýjun.

\_\_\_\_\_ Ný umsókn    \_\_\_\_\_ Endurnýjun

\_\_\_\_\_

Nafn umsækjanda

\_\_\_\_\_

Kennitala

\_\_\_\_\_

Heimilisfang

\_\_\_\_\_

Sími/símar

\_\_\_\_\_

Netfang

Býr umsækjandi einn:    Já     Nei

Ef umsækjandi býr ekki einn hver eru tengsl hans við sambýlisfólk? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ef við á nafn forráðamanns /aðstandanda

\_\_\_\_\_

Sími/símar

\_\_\_\_\_

Netfang

Ástæða umsóknar: \_\_\_\_\_

Ef við á fjöldi tíma sem óskað er eftir: \_\_\_\_\_

Hefur umsækjandi notið stuðningsþjónustu áður?    Já     Nei

Ef já, tilgreinið þá nánar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dagsetning:

\_\_\_\_\_

Undirskrift:

<sup>1</sup> Með umsókn þessari skal fylgja læknisvottorð þar sem fram koma upplýsingar um fötlun og/eða umönnunarmat frá Tryggingastofnunna ríkisins. Í flestum tilvikum þarf einnig að fylgja umsókn umsögn eða greinargerð fagaðila varðandi þörf fyrir stuðningsþjónustu.