



UMSÓKN UM VISTUNARMAT
SKV. REGLUGERÐ UM VISTUNARMAT ALDRAÐRA
NR. 791/2001

I. HEIMILISHAGIR:

Nafn: _____ Kt: _____

Heimilisfang: _____ Póstnr: _____ Sími: _____

() Býr ein(n) () Með öðrum. Hverjum (maka, börnum o.s.frv.):

Búseta í Kópavogi frá árinu: _____

Nánasti aðstandandi: _____ Kt: _____

Heimilisfang: _____ Póstnr: _____ Sími(ar): _____

Ef um börn er að ræða, tilgreinið fjölda, heimilisfang og símanúmer. Fjöldi barna:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

II. HJÚSKAPARSTÉTT: (Krossið þar sem við á)

() Ógift(ur) () Gift(ur) () Ekill/Ekkja () Fráskilin(n) () Í sambúð

III. LÝSING Á HÚSNÆÐI: (Krossið þar sem við á)

1. Staðsetning í húsi: () Kjallari () Jarðhæð () 1. hæð () 2. hæð

() 3. hæð () 4. hæð () 5. hæð () Ofar

2. Lýsing á íbúðinni og aðkomu: () Stigi () Lyfta () Útitröppur

Fjöldi herbergja: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6

3. Gallar húsnæðis: () Snyrtiaðstaða () Viðhald () Stigar () Kuldi

() Eldhúsaðstaða () Raki

4. Tegund húsnæðis: () Eigið húsnæði () Leiguhúsnæði () Annað

IV. SJÁLFSBJARGARGETA: (Krossið þar sem við á)

Alveg sjálfbjarga Nokkuð sjálfbjarga Þarf mikla aðstoð Rúmliggjandi

Þarf aðstoð við:

Klæðnað Að borða Böðun Lyf Salernisferðir Heimilishald

Annað: Hvað? _____

V. NÝTUR UMSÆKJANDI EINHVERRAR EFTIRTALINNAR ÞJÓNUSTU:

Já Nei Aðstoð frá heimaþjónustu, hve oft: _____

Já Nei Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft: _____

Já Nei Dagvistun. Hvar: _____

Já Nei Öryggistæki/Neyðarhnappur: _____

Já Nei Matarþjónusta: _____

Já Nei Önnur aðstoð: _____

Með undirritun minni samþykki ég hér með að þjónustuhópur leiti skriflegra upplýsinga hjá heimilislækni mínum um heilsufar mitt.

Nafn heimilislæknis: _____

Innlagnir á sjúkrahús síðastliðin 3 ár:

Sjúkrahús _____ Tímabil _____

Sjúkrahús _____ Tímabil _____

Sjúkrahús _____ Tímabil _____

Ástæða umsóknar: _____

Eftir hvaða stofnun óskar umsækjandi? _____

Undirritaður lýsir því hér með yfir að þessi umsókn er gerð að minni eigin ósk og vilja, og jafnframt að ég er tilbúin(n) að þiggja pláss, sem mér hentar, þegar og ef það býðst. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið í umsókn um hagi mína og eðli umsóknar, verða skráðar á tölvu, ásamt öðrum þeim upplýsingum, sem þjónustuhópur kann að afla sér frá heimahjúkrun, aðstandendum, sjúkrahúsum og dagvistunum.

Geti umsækjandi ekki undirritað umsókn sjálfur þá tilgreinið ástæðu: _____

Kópavogi, _____
dagssetning

Undirskrift

Undirskrift maka/aðstandanda.