# Umsókn um heimsendan mat

| Umsækjandi | | |
|---|---|---|
| Nafn: | | Kennitala: |
| Heimilisfang: | Póstfang: | Sími/símar: |
| Hjúskaparstaða: ☐ Gift(ur)/sambúð ☐ Einhleyp(ur) | | |

## Upplýsingar um núverandi þjónustu umsækjanda

☐ **Stuðningsþjónustu (heimaþjónustu)** ☐ **Dagþjálfun**

☐ **Heimahjúkrun frá Heilsugæslunni** ☐ **Önnur þjónusta: _____**

## Ástæða umsóknar

☐ **Nýlokið sjúkrahúsdvöl** ☐ **Langvarandi veikindi**

☐ **Tímabundin veikindi** ☐ **Slys**

☐ **Önnur ástæða:_____**

*Getur umsækjandi sótt matarþjónustu í félagsheimilinu Gjábakka, Gullsmára eða í Boðanum?*

☐ **já** ☐ **nei**

**Óskað eftir heimsendingu eftirtalda daga** *

- ☐ Mánudagur: 1 skammtur
- ☐ Þriðjudagur: 1 skammtur
- ☐ Miðvikudagur: 1 skammtur
- ☐ Fimmtudagur:1 skammtur
- ☐ Föstudagur: 1 skammtur
- ☐ Laugardagur: 1 skammtur
- ☐ Sunnudagur: 1 skammtur
- ☐ Á ekki við

**Óskað eftir heimsendingu eftirtalda daga** *

- ☐ Mánudagur: 2 skammtar
- ☐ Þriðjudagur: 2 skammtar
- ☐ Miðvikudagur: 2 skammtar
- ☐ Fimmtudagur: 2 skammtar
- ☐ Föstudagur: 2 skammtar
- ☐ Laugardagur: 2 skammtar
- ☐ Sunnudagur: 2skammtar
- ☐ Á ekki við

**Hvenær er óskað eftir að þjónustan hefjist?** * _____

## Undirskrift

Kópavogi,_____
dagsetning

_____ _____
Undirskrift Ef við á, undirskrif aðstandanda/tengiliðs

Velferðarsvið Kópavogsbæjar
Vallakór 4
203 Kópavogur
Sími: 441-0000
Netfang: velferd@kopavogur.is