



**Félagsþjónusta Stranda  
og Reykhólahrepps**

## Umsókn um stuðningsfjölskyldu

<b>Nafn umsækjanda:</b>	<b>Kennitala:</b>
<b>Heimilisfang:</b>	<b>Póstnúmer:</b>
<b>Netfang:</b>	<b>Sími/gsm:</b>
<b>Foreldri/forráðamaður/nánasti aðstandandi:</b>	<b>Kennitala:</b>
<b>Heimilisfang:</b>	<b>Póstnúmer</b>
<b>Netfang:</b>	<b>Sími/gsm:</b>
<b>Heimilislæknir eða sérfræðingur sem þekkir til:</b>	

<b>Ástæða umsóknar:</b>
-------------------------

**Stutt lýsing á fötlun og áhrif á daglegt líf:**

**Hvers er óskað (fjölskyldugerð, fjöldi sólarhringa, staðsetning o.fl.):**

**Hvenær er óskað eftir að þjónusta hefjist?**

**Annað sem umsækjandi vill að komi fram:**

---

**Undirskrift umsækjanda/forsjáraðila**

**Staður**

**Dagsetning**

*Með undirskrift minni veiti ég heimild til að leitað sé upplýsinga hjá þeim læknum, sérfræðingum og þjónustuaðilum sem tilgreindir eru á umsókninni. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið í umsókninni um hagi og eðli umsóknar verði skráðar á tölvu, ásamt öðrum þeim upplýsingum sem aflað verður við vinnslu umsóknarinnar.*