



Heimþjónusta Grýtubakkahrepps
Gamla skólanum, 610 Grenivík, sími 463-3159

TRÚNAÐARMÁL

Umsókn um heimþjónustu

Almennar upplýsingar:

Nafn	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Dvöl utan heimilis (vinnustaður, skóli, stofnun):	
<input type="checkbox"/> Býr einn <input type="checkbox"/> Býr með öðrum. Hverjum (maka, börnum o.s.frv.):	
Nánasti aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir og sérfr. sem til þekkja:	

Eftir hvaða þjónustu er óskað:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aðstoð við þrif eða önnur heimilisstörf | <input type="checkbox"/> Ráðgjöf iðjubjálfa |
| <input type="checkbox"/> Aðstoð við eigin umsjá | <input type="checkbox"/> Snjómokstri |
| <input type="checkbox"/> Félagslegum stuðningi/liðveislu | <input type="checkbox"/> Garðahirðingu |
| <input type="checkbox"/> Heimsóknarþjónustu | <input type="checkbox"/> Annað: _____ |
| <input type="checkbox"/> Aðstoð við innkaup | |

Hvers vegna er þjónustu þörf: Læknisvottorð þarf að fylgja ef þjónustu er óskað v. veikinda

--

Málsvekjandi:

Nafn:	Tengsl við umsækjanda
Heimilisfang/vinnustaður:	Sími:

Staður, dagsetning

Undirskrift málsvekjanda eða móttakanda

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

Afgreiðsla/svar:

--