



SELTJARNARNESBÆR
FÉLAGSÞJÓNUSTA
MÝRARHÚSASKÓLA ELDRI VIÐ NESVEG
SÍMI 595 91 00 FAX 595 91 38

Umsókn um félagslega heimaþjónustu

Nafn: _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____

Sími: _____

Annað heimilisfólk:
nafn:

kennitala (eða fæðingard.og ár)

Ástæða umsóknar: _____

Helstu atriði sem umsækjandi þarf aðstoð við: _____

Lýsing húsnæðis, tegund, stærð, og fjöldi herbergja _____

Er reykt á heimili umsækjanda ? já nei

Eru gæludýr á heimilinu? já nei Ef já, hvaða dýr _____

Heimilislæknir umsækjanda _____

Hjúskaparstaða umsækjanda: gift/kvæntur í sambúð fráskilin/n, einhleyp/ur ekkja /
ekkill

Tilvísunaraðili: _____ tegsl við umsækjanda _____

_____ sími: _____

Upplýsingar um tekjur:	umsækjandi:	maki/sambúðar- aðili:
Heildaratvinnutekjur á mánuði:		
Heildargreiðslur frá Tryggingastofnun ríkisins á mánuði:		
Heildargreiðslur úr lífeyrissjóðum á mánuði:		
Aðrar greiðslur:		

Staðfest skattframtal/framtöl sl. árs liggja fyrir? já nei - ef ekki þá heimilar umsækjandi með undirskrift sinni að við ákvörðun um gjald fyrir heimaþjónustu sé miðað við álagt útsvar fyrir síðastliðið ár samkvæmt álagningarskrá skattstjóra. Ef upplýsingar úr útsvarskrá eru ófullnægjandi eða ekki fyrir hendi ber umsækjanda að leggja fram nýjasta skattframtal.

Annað sem umsækjandi vill taka fram: _____

Seltjarnarnesi _____
dags. og ár

_____ undirskrift umsækjanda