



Fjölskyldu- og fræðslusvið Vestmannaeyja
Ráðhúsinu, 902 Vestmannaeyjum, kt. 690269-0159, sími 488-2000, fax 488-2001

TRÚNAÐARMÁL

Umsókn um heimaþjónustu

Heimaþjónustu skal veita þeim sem búa í heimahúsum og geta ekki hjálparlaust séð um heimilishald, persónulega umhirðu og nauðsynlegar athafnir daglegs lífs vegna skertrar getu, fjölskylduaðstæðna, álags, veikinda, barnsburðar, fötlunar eða af öðrum ástæðum sem Fjölskylduráð metur gildar. Með heimaþjónustu skal stefnt að því að efla viðkomandi til sjálfsbjargar og gera honum kleift að búa sem lengst á eigin heimili við sem eðlilegastar aðstæður.

Almennar upplýsingar:

Nafn	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Dvöl utan heimilis (vinnustaður, skóli, stofnun):	GSM
<input type="checkbox"/> Býr ein(n) <input type="checkbox"/> Býr með öðrum. Hverjum (maka, börnum o.s.frv.):	netfang
Maki/nánasti aðstandandi:	Kennitala maka
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir eða sérfræðingur sem til þekkir:	Sími/netfang

Hvers vegna er þjónustu þörf:

Eftir hvaða þjónustu er óskað:

<input type="checkbox"/> Aðstoð við þrif eða önnur heimilisstörf	<input type="checkbox"/> Aðstoð við innkaup
<input type="checkbox"/> Aðstoð við eigin umsjá	<input type="checkbox"/> Heimsending matar
<input type="checkbox"/> Félagslegum stuðningi	<input type="checkbox"/> Annað: _____

Staður, dagsetning

Undirskrift umsækjanda eða málsvekjanda

Með undirskrift sinni samþykkir umsækjandi að starfsmenn Fjölskyldusviðs leiti frekari upplýsinga um þjónustubörf hjá fagaðilum sem til þekkjá.

Dags. móttöku:	Dags. umfjöllunar:	Á ábyrgð:
----------------	--------------------	-----------