

UMSÓKN UM FERÐAÞJÓNUSTU FATLAÐRA

Upplýsingar umsækjanda:

Nafn: _____ kt. _____

Heimili: _____ Sveitarfélag: _____

Símar/netfang: _____

Tegund umsóknar:

Frumumsókn Breyting Endurnýjun

Upplýsingar þjónustuþega:

Nafn: _____ kt. _____

Heimili: _____ Sveitarfélag: _____

Símar/netfang: _____

ÓSKIR UM FJÖLDA FERÐA Í VIKU:

VINNA: _____ ferðir

Hvernig ráðast þær yfir vikuna? _____

SKÓLI: _____ ferðir

Hvernig ráðast þær yfir vikuna? _____

SÉRFRÆÐIÞJÓNUSTA: _____ ferðir

Hvernig ráðast þær yfir vikuna? _____

FRJÁLSAR FERÐIR: _____ ferðir

Hvernig ráðast þær yfir vikuna? _____

ALMENNT UM ÞJÓNUSTUNA: _____

Stutt lýsing á fötlun: _____

Félagþjónusta í uppsveitum Árnassýslu og Flóa
Heilsugæslustöðinni Laugarási • 801 Selfoss • s. 480-5300

Opinber þjónusta sem viðkomandi nýtur:

FYLGIGÖGN:

Skila þarf skriflegri umsókn sjúkraþjálfara eða annars fagmanns, t.d. um ferðaþjónustu, fjölda ferða og tímalengd þjálfunar.

Ef um endurnýjun eða breytingu á umsókn er að ræða veitir umsækjandi starfsmanni félagþjónustu umboð til að afla staðfestingar um þörf á þjónustu hjá sérfræðingi.

Nafn læknis: _____

Fylgiskjöl: _____

Staður og dagsetning: _____

Undiskrift _____

Undirskrift nánasta aðstandanda/maka _____

Vinsamlega sendið umsókn til:

**Félagsmálanefnd uppsveita Árnassýslu
Heilsugæslunni í Laugarási
801 Selfoss**