



Höfðaborg öldrunarmiðstöð
Skólastígur 14
340 Sveitafélagið Stykkishólmur
Sími: 4338165

Umsókn um stuðningsþjónustu Kíkt í tíu

Almennar upplýsingar

Nafn: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Nafn maka/sambúðaraðila: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Heimilisfang: _____

Netfang: _____

Ef börn búa á heimili, tilgreinið fjölda þeirra og aldur:

Ef aðrir búa á heimili, tilgreinið aldur og tengsl við umsækjanda:

Ástæða umsóknar

Tilgreinið ástæður fyrir umsókn:

Mat á sjálfbjargargetu

Merkið við það sem við á:

Alveg sjálfbjarga Nokkuð sjálfbjarga Þarf mikla aðstoð Rúmliggjandi

Umsækjandi óskar eftir aðstoð við:



Þjónusta sem umsækjandi nýtur

Heimahjúkrun, tilgreinið, hve oft: _____

Heimsendur matur, tilgreinið, hve oft: _____

Önnur virkniúrræði, tilgreinið, hvað og hve oft í viku:

Öryggistæki / Neyðarhnappur: _____

Önnur þjónusta eða aðstoð, tilgreinið: _____

Aðstandendur umsækjanda

Nafn: _____ Kt: _____ Tengsl: _____

Heimilisfang: _____ Póstfang: _____ Sími: _____

Nafn: _____ Kt: _____ Tengsl: _____

Heimilisfang: _____ Póstfang: _____ Sími: _____



Geti umsækjandi ekki undirritað umsókn sjálfur þá tilgreinið ástæðu:

Með undirritun minni lýsi ég því yfir að umsókn þessi er gerð að eigin ósk og vilja. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið um hagi mína og umsóknin sjálf verði skráð í gagnagrunn velferðarþjónustu Höfðaborgar, ásamt leyfi fyrir samvinnu við þá aðila sem að þjónustunni munu koma, s.s. Heilbrigðisstofnun Vesturlands, HVE.

Stykkishólmur, dagsetning _____

Undirskrift

Ef við á, undirskrift maka/aðstandanda

Þegar umsókn hefur borist mun starfsfólk Kíkt í tíu hafa samband og bóka tíma til að framkvæma mat á stuðningspörf í samráði við umsækjanda.