



Umsókn um félagslega heimilisþjónustu í Vopnafjarðarhreppi

Almennar upplýsingar

Nafn: _____ Kt: _____

Nafn maka/sambúðaraðila: _____ Kt: _____

Heimili: _____

Sími: _____ gsm: _____ netfang: _____

Nöfn barna/aðra heimilisméðlima (ef sótt er um vegna þeirra):

Stærð íbúðar: _____ Er reykt á heimilinu: _____ Eru gæludýr á heimilinu _____

Frá hvaða tíma er sótt um heimilisaðstoð: _____

Aðrar upplýsingar: (hve oft í viku er óskað aðstoðar) _____

Þarf aðstoð við: _____

Ég undirrituð/aður sækir hér með um heimilisaðstoð á vegum Vopnafjarðarhrepps

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Undirskrift maka / sambúðaraðila

Umsóknin berist til hjúkrunarforstjóra: **Hjúkrunarheimilið Sundabúð**
heimahjúkrun og félagsleg heimaþjónusta
Sundabúð 2
s. 470 1240 emma@vopnafjarðarhreppur.is