



**Akureyrarbær**

**Búsetudeild**

Glerárgötu 26, 600 Akureyri, sími 460-1410

**Öldrunardeild**

Austurbyggð 17, 600 Akureyri, sími 460 9100

**TRÚNAÐARMÁL**

## Umsókn um dagvist aldraðra

### Almennar upplýsingar:

Nafn:	Kennitala:	
Heimilisfang:	Sími:	
<input type="checkbox"/> Býr einn <input type="checkbox"/> Býr með öðrum (hverjum)		
Aðstandendur:	Heimasími:	Vinnusími:
Fjárhaldsmaður:		
Heimilislæknir, sérfræðingur sem til þekkja:		

### Þjónusta sem sótt er um (staður og fjöldi daga):

--

### Ástæða umsóknar:

--

### Núverandi þjónusta:

<input type="checkbox"/> Heimahjúkrun (hver og á hvaða tíma).
<input type="checkbox"/> Heimþjónusta (hver og á hvaða tíma).
<input type="checkbox"/> Heimsendur matur (hvaða daga).

### Fyrri störf:

--

### Áhugamál:

--

