



# AKUREYRARBÆR

## Búsetudeild

Glerárgötu 26, 600 Akureyri, sími 460-1410

### Umsókn um búsetu með þjónustu fyrir fatlað fólk

Nafn umsækjanda	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir og sérfræðingar sem til þekkja:	
Örorkustig: <input type="checkbox"/> 75% eða meira <input type="checkbox"/> minna en 75%	

#### Fötlun umsækjanda og áhrif hennar á færni við daglegar athafnir:

#### Um hvað er sótt:

- sambýli**, þ.e. heimili þriggja til sex einstaklinga 18 ára og eldri sem þarfnast að jafnaði þjónustu og aðstoðar
- íbúð í þjónustukjarna** þ.e. íbúðir í fjölbýlishúsi með sameiginlegri aðstöðu þar sem íbúar eftir atvikum geta notið þar samveru t.d. matast saman.
- áfangaheimili fyrir geðfatlaða** þ.e. tímabundinn dvalarstaður fyrir geðfatlaða þar sem unnið er markvisst að því að undirbúa sjálfstæða búsetu.
- heimili fyrir börn** þ.e. sérstök heimili fyrir börn yngri en átján ára sem vegna fötlunar geta ekki búið í foreldrarhúsum.

#### Núverandi heimilisaðstæður:

#### Núverandi þjónusta:

**Þjónustupörf:**

--

Hvenær er áætluð þörf á búsetunni, mánuður og ár ? \_\_\_\_\_

**Tekjur á mánuði:**

Frá TR:	kr.
Úr lífeyrissjóði:	kr.
Atvinnutekjur:	kr.
Annað:	kr.
<b>Samtals:</b>	<b>kr.</b>

**Annað sem umsækjandi vill taka fram:**

--

Með undirskrift minni veiti ég heimild til að leitað sé upplýsinga hjá þeim læknum, sérfræðingum og þjónustuaðilum sem tilgreindir eru á umsókninni. Einnig samþykki ég að þær upplýsingar sem ég hef gefið í umsókninni um hagi og eðli umsóknar verði skráðar á tölvu, ásamt öðrum þeim upplýsingum sem aflað verður við vinnslu umsóknarinnar.

\_\_\_\_\_

**Staður , dagsetning**

\_\_\_\_\_

**Undirskrift umsækjanda**

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

**Afgreiðsla/svar:**

--