**Almennar upplýsingar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nafn umsækjanda:  | Kennitala:  |
| Heimilisfang:  | Heimasími:  |
| [ ]  Býr ein/n [ ]  Býr með öðrum (maka, börnum o.s.frv) | GSM sími:  |
| Eru börn á heimilinu? Tilgreinið fjölda og fæðingarár barna, ef svo er.  | Netfang:  |
| Nánasti aðstandandi / Maki / Foreldri:  | Kennitala:  |
| Heimilisfang:  | GSM sími: |
| Tengsl við umsækjanda:[ ]  Maki [ ]  Barn [ ]  Tengdabarn [ ]  Barnabarn [ ]  Foreldri [ ]  Systkini [ ]  Vinur | Netfang:  |
| Heimilislæknir eða sérfræðingur sem til þekkir:  |  |

**Ástæða umsóknar:**

|  |
| --- |
|  |

**Annað sem umsækjandi vill taka fram:**

|  |
| --- |
|  |

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Undirskrift umsækjanda**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Staður , dagsetning**