**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**