

## Umsókn um stuðningsfjölskyldu

Nafn umsækjanda	Kennitala:
Heimilisfang:	Sími:
Aðstandandi:	Kennitala
Heimilisfang:	Sími:
Heimilislæknir eða sérfr. sem til þekkja:	

### Stutt lýsing á fötlun:

### Hvers er óskað ( fjölskyldugerð, fjöldi sólarhringa):

### Núverandi þjónusta:

**Hvenær er óskað eftir að þjónustan hefjist:**

--

**Óskað er eftir sérstakri fjölskyldu (nafn, fjölskyldugerð, tengsl)**

--

\_\_\_\_\_  
**Staður , dagsetning**

\_\_\_\_\_  
**Undirskrift umsækjanda**

Dags. móttöku:

Dags. umfjöllunar:

Á ábyrgð:

**Afgreiðsla/svar:**

--