



**ÍSAFJARÐARBÆR**  
fjölskyldusvið

# Umsókn um stuðningsfjölskyldu

## Almennar upplýsingar:

Nafn umsækjanda	Kennitala
Heimilisfang	Póstnúmer
Sími	Netfang

## Eru aðrir á heimilinu?

Foreldrar	Kennitala
Aðrir	

## Fötlun

Stutt lýsing á fötlun

## Aðrar upplýsingar

Hefur þú haft stuðningsfjölskyldu áður? Ef já, hvenær og í hversu marga mánuði?

## Oskir um þjónustu

Hvað óskar þú eftir mörgum sólarhringum á mánuði og í hve marga mánuði?

\_\_\_\_\_

Dagsetning

\_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda eða aðstandanda

Fyllist út af þjónustumiðstöð

Móttekið \_\_\_\_\_

Ráðgjafi \_\_\_\_\_

