

Umsókn um dagdvöl á Eirhömrum Mosfellsbæ

Nafn	Kt.	Sími /farsími		
Heimilisfang	póstnúmer	Netfang		
Ástæða umsóknar:				
Vikudagar sem sótt er um dagdvöl: <input type="checkbox"/> Mánudag <input type="checkbox"/> Þriðjudag <input type="checkbox"/> Miðvikudag <input type="checkbox"/> Fimmtudag <input type="checkbox"/> Föstudag				
Áhugamál:				
Form búsetu:				
<input type="checkbox"/> Byr einn	<input type="checkbox"/> Byr með öðrum	Hverjum?		
þarf aðstoð við:				
<input type="checkbox"/> Klæðnað	<input type="checkbox"/> Að borða	<input type="checkbox"/> Bóðun	<input type="checkbox"/> Lyf	<input type="checkbox"/> Salernisferðir
Hjálpartæki:	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hverskonar tæki?		
Sjón: <input type="checkbox"/> Góð <input type="checkbox"/> Ábótavant <input type="checkbox"/> Léleg				
Heyrn: <input type="checkbox"/> Góð <input type="checkbox"/> Ábótavant <input type="checkbox"/> Léleg				
Heilsufar:				
<input type="checkbox"/> Hjartasjúkdómur	<input type="checkbox"/> Lungnasjúkdómur	<input type="checkbox"/> Sykursýki	<input type="checkbox"/> Heilabilun	<input type="checkbox"/> Ofnæmi
<input type="checkbox"/> Stoðkerfisvandamál	<input type="checkbox"/> Þvagfærasjúkdómur	<input type="checkbox"/> Annað		
Hjálpartæki:	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hverskonar tæki?		
Aðstoð frá heimahjúkrun	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hversu oft		
Lyfjaskömmun	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hvaðan?		
Heimsendur matur	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hversu oft í viku? Hver veitir þjónustuna?		
Öryggishnappur	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Já, Hvaðan?		
Önnur aðstoð heima:				
Nánustu ættingjar	Tengsl	Símanúmer	Netfang	
Nánustu ættingjar	Tengsl	Símanúmer	Netfang	
Nánustu ættingjar	Tengsl	Símanúmer	Netfang	
Annað sem umsækjandi vill taka fram:				
Heilsugæslustöð:		Heimilislæknir:		

Umsóknin sendist í þjónustuver Mosfellsbæjar Þverholti 2, 270 Mosfellsbæ

Undirritun _____ Dags. _____