

# UMSÓKN

vegna innritunar í Þjónustumiðstöð  
Sjálfsbjargarheimilisins.  
Umsóknin berist til yfiriðjuþjálfra



Þjónustumiðstöð Sjálfsbjargarheimilisins  
Hátún 12  
105 Reykjavík  
Sími: 5500-300  
5500-316

Nafn: \_\_\_\_\_ Kennitala: \_\_\_\_\_

Lögheimili: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Lýsing á fötlun : \_\_\_\_\_

Hvernig metur þú þína líkamlegu heilsu síðustu þrjá mánuði?

mjög góða     góða     í meðallagi     slæma     mjög slæma

Hvernig metur þú þína andlegu heilsu síðustu þrjá mánuði?

mjög góða     góða     í meðallagi     slæma     mjög slæma

Notar þú hjálpartæki við flutning:

nei  
 já     hjólastól     göngugrind     hækju/staf

Þarft þú aðstoð við eftirfarandi:

klæðast     matast     salernisferðir     ferðast um á dvalarstað     annað

Hjúskaparform:

býr ein/einn     er í sambúð     annað: \_\_\_\_\_

Færð þú eftirfarandi þjónustu/aðstoð?:

heimahjúkrun

\_\_\_\_\_

heimaþjónusta

\_\_\_\_\_

liðveisla

\_\_\_\_\_

ferðaþjónusta fatlaðra

\_\_\_\_\_

annað

\_\_\_\_\_

Aðstandendur ( maki, foreldrar eða aðrir nánir ættingjar) sem má hafa samband við: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heimili: \_\_\_\_\_ Sími: \_\_\_\_\_

Annað, er þú óskar að taka fram: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staður/ Dags.

\_\_\_\_\_

Umsækjandi

**Læknisvottorð þarf að fylgja umsókninni.**