

FÉLAGSLEG LEIGUÍBÚÐ

Beiðni um flutning

Velferðarsvið

Fannborg 4, 200 Kópavogur

Sími: 441-0000, símbref: 570-1401



GRUNNUPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA

Nafn umsækjanda:		Kennitala:
Nafn maka/sambúðaraðila:		Kennitala:
Lögheimili:	Póstfang:	Dags. leigusamnings:
Símar:	Netfang:	
Hjúskaparstaða: <input type="checkbox"/> Gift(ur) <input type="checkbox"/> Skráð sambúð <input type="checkbox"/> Einhleyp(ur)		
Fjöldi barna með lögheimili hjá umsækjanda:		
Nafn barns:	Kennitala:	
Nafn barns:	Kennitala:	
Nafn barns:	Kennitala:	
Nafn barns:	Kennitala:	
Nafn barns:	Kennitala:	

FREKARI UPPLÝSINGAR UMSÆKJANDA

Merkja á við það sem við á:

Umsækjandi / fjölskyldumeðlimur býr við fötlun Notar hjálpartæki vegna hreyfihömlunar

Tilgreinið tegund fötlunar og hjálpartæki:

ÁSTÆÐUR FYRIR BEIÐNI UM FLUTNING

Tilgreina skal ástæður fyrir beiðni um flutning:

UNDIRSKRIFT UMSÓKNAR

Undirritun til staðfestingar beiðni

Dagsetning