

HEIMSENDUR MATUR

Velferðarsvið – Þjónustudeild aldraðra
Fannborg 4-6, 200 Kópavogur
Sími: 570-1500, símbref: 570-1401



GRUNNUPPLÝSINGAR UM UMSÆKJANDA

Nafn:		Kennitala:	
Heimilisfang:	Póstfang:	Sími/símar:	
Hjúskaparstaða: <input type="checkbox"/> Gift(ur)/sambúð <input type="checkbox"/> Einhleyp(ur)			
Nafn maka / sambúðaraðila:		Kennitala:	

UPPLÝSINGAR UM NÚVERANDI ÞJÓNUSTU UMSÆKJANDA

Merkja á við þjónustu sem vitað er að umsækjandi er með:

- Heimaþjónustu frá Kópavogsbæ
- Heimahjúkrun frá Heilsugæslunni
- Dagþjálfun, hvar og hve oft í viku: _____
- Önnur þjónusta, tilgreina: _____

ÁSTÆÐA UMSÓKNAR

Merkja á við það sem við á um umsækjanda:

- Nýlokið sjúkrahúsvist, dags: _____
- Tímabundin veikindi, tilgreina nánar: _____

- Langvarandi veikindi, tilgreina nánar: _____

- Aðrar ástæður, tilgreina nánar: _____

Getur umsækjandi sótt matarþjónustu í félagsheimilin Gjábakka, Gullsmára, Boðann? Já Nei

ÓSKIR UM FYRIRKOMULAG MATARSENDINGA

Óskað er eftir heimsendum mat eftirtalda daga:

Mánudaga Þriðjudaga Miðvikudaga Fimmtudaga Föstudaga Laugardaga Sunnudaga

Óskað er eftir að þjónustu hefjist dags:

Fjöldi bakka á dag: 1 matarbakki 2 matarbakkar

UPPRUNI UMSÓKNAR

Umsækjandi sjálfur Aðstandandi umsækjanda Starfsmaður heimaþjónustu Starfsmaður heilbrigðisstofnunar

Dagsetning

Undirritun til staðfestingar umsókn

AFGREIÐSLA

Þjónusta hefst dags:

Fjöldi bakka á dag: 1 matarbakki 2 matarbakkar

Starfsmaður:

Dags. móttöku: