

nánd

Umsókn til dagtilhaldið í Fuglafirði

Umsøkjari

Fornavn	Eftirnavn	P-tal
		Kyn
Bústaður	Bygd/býur	Tlf.
Búgva tygum saman við øðrum? Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/>		Fartlf.
		Teldupostadr.
Co. Bústaður	Bygd/býur	Tlf.

Hjúnalagsstøða – set kross og navn á hjúnafelaga

Gift/ur: <input type="checkbox"/>	Ógift/ur: <input type="checkbox"/>	Einkja/einkjumaður: <input type="checkbox"/>		
Hjúnafelegi	Navn:	P-tal:	Tlf.:	Fartlf.:

Lækni	Navn:	Bygd/Býur:	Tlf.:
--------------	-------	------------	-------

Avvarðandi

Navn	Bústaður	Bygd/Býur	Tlf.	Fartlf.	Skyldskapur

Hava tygum fingið staðfest sjúkuna?	Ja : <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
Hvat slag av demensi?		
Hvar og nær?		

Førleikar:

Gera tygum sjálv/sjálvur døgurða?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
- Lata seg í (sjálvhjálpin)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
- Vesiviðurskipti (sjálvhjálpin)	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>

Flutningsmøguleikar:

- Hava tygum sjálv/sjálvur møguleika til flutning?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	-------------------------------

Orsök til umsókn

Í sambandi við umsóknina loyvi eg því, at það verða heintaðir sosialir-, røktar- og lækna­ligir upplýsingar til nýtslu í metanini av tørvinum á dagtilhaldi. Eisini loyvi eg, at ein visitator kemur at vitja til at útvega neyvari upplýsingar frá mær.

Dato: _____

Undirskrift: _____

Um umsøkjarin sjálvur ikki er førur fyri at undirskriva umsóknina, verður viðkomandi, sum hjálpir við hesum, biðin um at skriva undir niðanfyri, viðmerkja skyldskap/samband og lata inn fulltrúarvátan, sum fæst frá Ríkisumboðnum.

Fulltrúarvátan frá Ríkisumboðnum er hjáløgd (set kross)

Dato: _____

Undirskrift: _____

Skyldskapur/samband: _____

Umsóknin kann latast Nánd