

nánd

Umsókn til dagtilhaldið í Fuglafirði

Persónsupplýsingar		
Fornavn	Eftirnavn	P-tal
Bústaður	Bygd/býur	Teldupostur
Búgva tygum saman við öðrum? Ja: Nei:		
Núverandi bústaður	Bygd/býur	Tlf.

Hjúnastøða – set kross og navn á hjúnafelaga			
Hjúnastøða	Gift/ur ☐	Ógift/ur ☐	Einkja/einkjumaður ☐
Hjúnafelagi	Navn	P-tal	Tlf.

Lækni	Navn	Bygd/býur	Tlf.
-------	------	-----------	------

Avvarðandi			
Eg gevi loyvi til, at Nánd, um neyðugt, kann útvega sær upplýsingar frá avvarðandi og tosa við avvarðandi um mína stöðu.			
Navn	Tlf.	Skyldskapur	Set kross, hvønn Nánd kann tosa við
			☐
			☐
			☐

Hava tygum fingið staðfest sjúkuna demens? Ja: Nei:	
Hvat slag av demensi?	
Hvar og nær?	

Førleikar		
Eru tygum førur fyri at:		
Gera døgurða sjálv/ur?	Ja:	Nei:
Lata tygum í?	Ja:	Nei:
Fara á wc?	Ja:	Nei:

Flutningsførleikar		
Hava tygum sjálv/ur møguleika fyri flutningi?	Ja:	Nei:

Orsøk til umsóknina

Eg gevi loyvi til, at Nánd, um neyðugt, kann útvega sær viðkomandi upplýsingar um míni viðurskifti, herundir upplýsingar um mína heilsustøðu, førleikastøðu og sosialu støðu, frá kommunulækna, heilsustarvfólki í Nánd, sjúkrahúsverki og Almannahverki í sambandi við viðgerð av umsóknini. Eisini loyvi eg, at ein tørvsmeti kemur at útvega neyvari upplýsingar frá mær.

Dagfesting: _____

Undirskrift: _____

Um umsøkjarin sjálvur ikki er førur fyri at undirskriva umsóknina, kann næsti avvarðandi, framtíðarfulltrú ella verji undirskriva umsóknina og viðmerkja skyldskap/samband og lata inn fulltrúarvátan, sum fæst frá Familjufyrisitingini famf.fo

☐ Fulltrúarvátan er hjáløgd (set kross)

Dagfesting: _____

Undirskrift: _____

Skyldskapur/samband: _____

Umsóknin kann sendast á t-post nand@eystur.fo ella latast:

Nánd, Oyran 2, FO-512 Norðragøta

nánd
www.nand.fo
nand@eystur.fo
 Tel. 730 200