



Umsókn um liðveislu fyrir fatlaða
skv. reglum Garðs um liðveislu

Nafn umsækjanda: _____ kt.: _____

Heimilisfang: _____ sími: _____

Býr umsækjandi einn: Já _____ Nei _____

Ef nei, hver eru tengsl við annað heimilisfólk: _____

Nafn forráðamanns: _____ kt.: _____

Heimilisfang: _____ sími: _____

Ástæða umsóknar: _____

Hversu mörgum tímum í liðveislu er óskað eftir: _____

Hefur umsækjandi notið liðveislu áður: Já _____ Nei _____

Ef já, tilgreinið hvar og hvenær: _____

Undirskrift umsækjanda eða forráðamanns og dags.

Með umsókn þessari skal fylgja læknisvottorð eða umsögn frá Svæðisskrifstofu fatlaðra, þar sem fram kemur tegund fötlunar og mat á þörf fyrir liðveislu .