



Fræðslu- og velferðarsvið Hveragerðis

**Umsókn um stuðningsfjölskyldu og/eða skammtímvistun**  
skv. lögum um málefni fatlaðs fólks með langvarandi stuðningsþarfir, nr.  
38/2018.

**Sótt er um:**

- Stuðningsfjölskyldu
- Skammtímvistun

Nafn barns:	Kt.
Lögheimili:	Póstnúmer:
Sveitarfélag:	Sími:

Nafn foreldris:	Kt.
Netfang:	Sími:
Nafn foreldris:	Kt.
Netfang:	Sími:

**Stutt lýsing á fötlun (ef þær uppl. liggja ekki fyrir hjá Fræðslu- og velferðarsvið Hveragerðis) og áhrif á daglegt líf:**

**Sérstakar óskir (t.d. fjöldi sólarhringa, vegna stuðningsfjölskyldu fjölskyldugerð, staðsetning, annað):**

**Staður og dagsetning:** \_\_\_\_\_

**Undirskrift foreldris:** \_\_\_\_\_

Í framhaldi af móttöku umsóknar mun ráðgjafi Fræðslu- og velferðarsvið Hveragerðis hafa samband við foreldri/forráðamenn til að afla frekari upplýsinga og meta þjónustupörf.