



**Umsókn um stuðningsfjölskyldu fyrir fatlaða
Skv. reglugerð um þjónustu við fötluð börn og fjölskyldur fatlaðra**

Nafn umsækjanda: _____ kt.: _____

Heimilisfang: _____ sími: _____

Nafn forráðamanns: _____ kt.: _____

Heimilisfang: _____ sími: _____

Ástæða umsóknar: _____

Hefur umsækjandi notið stuðningsfjölskyldu áður: Já _____ Nei _____

Ef já, tilgreinið hvar og hvenær: _____

Dagsetning og staður

Undirskrift umsækjanda eða forráðamanns

