

Umsókn um stuðul til hjálpartól sambært forsorgarlógini §18 b til persónar við virkistarni orsakað av líkamligum ella sálarligum breki ella varandi sjúku

Navn			P - tal	
Gøta			Lækni	
Postnr.		Býur	Telefon	
Teldupostur			Fartelefon	

Avvarandi (Almannaverkið kann samskifta við, um umsøkjarin ikki sjálvur kann)		Telefon	
---	--	----------------	--

Er umsøkjarin barn, navn foreldra / verja		P - tal	
--	--	----------------	--

Søkt verður um stuðul til	
----------------------------------	--

Lýs praktiskar trupulleikar, sjúku ella brek	
---	--

Seinasta kanning / viðgerð	Nær		Hvar	
-----------------------------------	------------	--	-------------	--

Læknaváttan	Um neyðugt er við læknaváttan, skal læknin brúka váttan LÆ 175 FO
--------------------	--

Undirritaði ynskir ráðgeving				
Hevur heimasjúkrarøkt / heimahjálp	Navn		Telefon	

Eg loyvi Almannaverkinum at savna neyðugar upplýsingar til málsviðgerðina		Eg fekk hjálp við umsóknini frá	
	Dagfesting og undirskrift umsøjarans		Navn, starv og telefon

Hjálpartól frá Almannaverkinum eru til láns, og skulu latast aftur, tá tørvur ikki er á teimum longur
--