

# UMSÓKN UM AKSTURSPJÓNUSTU FYRIR ELDRI BORGARA



## sbr. reglur Hveragerðisbæjar um aksturþjónustu

\_\_\_\_\_

Nafn umsækjenda

\_\_\_\_\_

Kennitala

\_\_\_\_\_

Heimilisfang

\_\_\_\_\_

Sími/netfang

\_\_\_\_\_

Nafn maka ef hann/hún sækir einnig um kort

\_\_\_\_\_

Kennitala

**Hefur umsækjandi einkabíl til umráða? Nei \_\_\_ Já \_\_\_**

**Hefur umsækjandi möguleika á öðrum ferðamáta? Nei \_\_\_ Já \_\_\_**

**Notar umsækjandi hjálpartæki (hjólástól, göngugrind)? Nei \_\_\_ Já \_\_\_**

**Til hvers er sótt um þjónustu? (Merkið við allt sem við á)**

Ferðir vegna læknis- og/eða hjúkrunarþjónustu       Sjúkraþjálfun       Apótek

Félagsstarf aldraðra       Annað: \_\_\_\_\_

Aðrar upplýsingar sem umsækjandi vill taka fram

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dagsetning \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Undirskrift umsækjanda

\_\_\_\_\_

Undirskrift maka ef hann/hún sækir einnig um kort

Afgreiðsla umsóknar:

Dagssetning: