

Umsókn um ískoyti til Hjálparráð

Ískoyti verður veitt til gjald fyrir ávís hjálparráð, sum liður í einari viðgerð, ella til persónar, sum ikki hava varandi tørv á hjálparráði, umframt gjald fyrir hjálparráð at nýta í samb. við heilivág.

Viðgerð av umsóknin er treytað av, at vátan kemur frá kommunulækna ella serlækna.

Umsóknin skal útfyllast og undirskrivast av umsøkjara og sendast til:
Heilsutrygd, Klaksvíksvegur 2, Postboks 52, 710 Klaksvík

0) Móttøkustempl og nummar

Til nýtslu hjá Heilsutrygd

1. Navn og bústaður

1) Navn	2) P-tal
3) Navn (foreldur ella verji)	4) P-tal
5) Bústaður	6) Telefon nr.
7) Postnr. og staður	8) Kommunulækni

2. Umsókn

9) Søkt verður um stuðul til:		
10) Skal tilhoyr fylgja við? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	11) Hava tygum áður fingið stuðul til sama endamál (hjálparráð)? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	12) Um Ja í 11 upplýs so nær (dagf.)
13) Um Ja í 11 hvat er so orsøkin til at tygum søkja aftur:		
14) Hava tygum verði innlagdur á sjúkrahús í samb. Við tað í søkt verður um: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> um Ja nær vóru tygum útskrivaður:	15) Umsøkjarin býr: Heima <input type="checkbox"/> á stovni <input type="checkbox"/>	

3. Heilsuviðurskipti

16) Stutt frágreiðing um orsøkina til umsóknina:
--

4. Vátan og undirskrift

17) Undirritaði vátar við hesum, at upplýsingarnir í hesum umsóknarblað eru rættir. Eg loyvi Heilsutrygd at innheinta upplýsingar frá øðrum myndugleikum, herundir lækna, trygging e.ø., um tað gerst neyðugt fyri málsviðgerðina.
Dagfesting: _____
..... Undirskrift umsøkjarans