



## UMSÓKN UM STUÐNINGSFJÖLSKYLDU

Kt.

Nafn umsækjanda

Póstnúmer

Lögheimili

Sími 1  Sími 2  Netfang

## UPPLÝSINGAR UM FORRÁÐAM. BARNA YNGRI EN 18 ÁRA/ -TENGILIÐ

Kt.

Nafn forráðam. 1

Póstnúmer

Lögheimili

Sími 1  Sími 2  Netfang

Kt.

Nafn forráðam. 2

Póstnúmer

Lögheimili

Sími 1  Sími 2  Netfang

Kt.

Nafn tengiliðar

Póstnúmer

Lögheimili

Sími 1  Sími 2  Netfang

## UPPLÝSINGAR UM STUÐNINGSFORELDRI (EF SAMNINGUR LIGGUR FYRIR)

Kt.

Nafn stuðningsforeldris

Póstnúmer

Lögheimili

Sími 1  Sími 2  Netfang



**MOSFELLSBÆR**

Þverholti 2 270 Mosfellsbær 525 6700 mos@mos.is

FJÖLSKYLDUSVIÐ

## ÁSTÆÐA UMSÓKNAR

## STUTT LÝSING Á FÖTLUN UMSÆKJANDA

## AÐRAR UPPLÝSINGAR SEM UMSÆKJANDI VILL AÐ KOMI FRAM

## GÖGN SEM PARF AÐ SKILA MEÐ UMSÓKN

- Skrifleg vottorð fagmanns um þörf á stuðningsfjölskyldu
- Staðfestri greiningu frá viðurkenndum greiningaraðilum
- Staðfesting á umönnunarflokki barns samkv. Tryggingastofnun Ríkisins

Mosfellsbær  20

Undirskrift umsækjanda

Ég staðfesti að allar upplýsingar í sambandi við umsókn þessa eru og umsækjandi veitir starfsfólki Fjölskyldusviðs Mosfellsbæjar upplýsingar frá Tryggingastofnun Ríkisins, skattayfirvöldum og úr opinberum skráum sem nauðsynlegar eru við mat og ákvörðun.