

Nafn umsækjanda	Kennitala umsækjanda
Heimilisfang umsækjanda	Póstnúmer og staður
Símanúmer	Netfang

Færni- og heilsumat er gert telji hlutaðeigandi einstaklingur að hann þurfi að dvelja til langframa í dvalar- eða hjúkrunarrými. Umsókn um færni- og heilsumat skal því aðeins lögð fram að félagsleg heimþjónusta, heimahjúkrun og önnur raunhæf úrræði og aðstoð sem eiga að styðja fólk til búsetu í heimahúsi séu fullreynd.

Færni- og heilsumatsnefndir í hverju heilbrigðisumdæmi eru ábyrgar fyrir mati á dvalarþörf íbúa og leggja faglegt mat á þörf umsækjanda fyrir dvöl í dvalar- eða hjúkrunarrými. Sætti viðkomandi einstaklingur sig ekki við niðurstöðu færni- og heilsumatsins getur hann skotið niðurstöðunni til ráðherra, sbr. 26. gr. stjórnsýslulaga.

Umsókn um færni- og heilsumat:

Ég undirrituð/undirritaður óska eftir að undirgangast færni- og heilsumat samkvæmt reglugerð um færni- og heilsumat nr. 466/2012 vegna umsóknar um langtímadvöl í dvalar- eða hjúkrunarrými.

Heimild til upplýsingaöflunar:

Hér með veiti ég matsaðilum heimild til að afla upplýsinga frá aðilum heilbrigðis- og félagsþjónustu og svæðisskrifstofu fatlaðra, eftir því sem við á, til stuðnings við gerð matsins. Jafnframt leyfi ég að niðurstaða matsins verði send þeim aðilum sem hafa veitt mér þjónustu. Niðurstaða færni- og heilsumats þarf að liggja fyrir áður en hægt er að sækja um dvöl á hjúkrunar- eða dvalarheimili.

Undirskrift umsækjanda

Staður og dagsetning undirskriftar

Ef umsækjandi getur ekki undirritað sjálfur, tilgreinið þá ástæðu:

Ef annar en umsækjandi fyllir út umsóknina, vinsamlegast tilgreinið hver veitti aðstoðina og tengsl við umsækjanda.

Nafn og kennitala

Tengsl við umsækjanda

Staður og dagsetning undirskriftar

Undirskrift*

* aðeins ef umsækjandi getur ekki sjálfur skrifað undir.

Vinsamlegast gefið eins nákvæmar upplýsingar og kostur er á.

Ástæða umsóknar:

Nánustu aðstandendur:

Nafn	Heimilisfang	Símanúmer

Nýtur umsækjandi einhverrar eftirtalinnar þjónustu? (Merkið þar sem við á.)

Nei Já

- Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?
- Aðstoð frá félagslegri heimaþjónustu, hve oft?
- Dagdvöl; hvar og hve oft?
- Öryggistæki/neyðarhnappur
- Liðveisla: hvaðan og hve oft?
- Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?
- Önnur aðstoð, hver?

Heilsugæslustöð umsækjanda:

Nafn heimilislæknis:

Hefur umsækjandi notið þjónustu sérfræðilækna undanfarið ár?

Nafn sérfræðilæknis:

Innlagnir á sjúkrahús (nægir að geta um síðustu 3 innlagnir):

Sjúkrahús	Tímabil

Persónulegir hagir (heimilishagir):

- | | |
|----------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Býr ein(n) | <input type="checkbox"/> Ógift(ur) |
| <input type="checkbox"/> Býr með öðrum | <input type="checkbox"/> Gift(ur) |
| <input type="checkbox"/> Í sambúð | <input type="checkbox"/> Ekkill/ekkja |
| | <input type="checkbox"/> Fráskilin(n) |

Líkamleg færni:

- | | | | |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alveg sjálfbjarga | <input type="checkbox"/> Nokkuð sjálfbjarga | <input type="checkbox"/> Þarf mikla aðstoð | <input type="checkbox"/> Rúmliggjandi |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

Þarf aðstoð við:

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Að klæðast | <input type="checkbox"/> Að matast | <input type="checkbox"/> Böðun | <input type="checkbox"/> Salernisferðir | <input type="checkbox"/> Lyfjagjafir |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|

Annað, hvað?

Er eitthvað sem þú vilt taka sérstaklega fram?

Senda skal umsóknina til viðkomandi færni- og heilsumatsnefnda:

Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins
Pönglabakka 1, 109 Reykjavík
Sími: 585 1300 (mánud., þriðjud., fimmtud. og
föstud. kl. 11–12)

Heilbrigðisumdæmi Vesturlands:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilsugæslustöðin í Borgarnesi
Borgarbraut 65, 310 Borgarnesi
Sími: 432 1430

Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilbrigðisstofnun Patreksfjarðar
Stekkur 1, 450 Patreksfirði
Sími: 450 2000

Heilbrigðisumdæmi Norðurlands:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilsugæslan á Akureyri
Hafnarstræti 99, 600 Akureyri
Sími: 460 4600

Heilbrigðisumdæmi Austurlands:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilsugæslustöðin á Reyðarfirði
Búðareyri 8, 730 Reyðarfirði
Sími: 470 1420

Heilbrigðisumdæmi Suðurlands:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilbrigðisstofnun Suðurlands
v/Árveg, 800 Selfossi
Sími: 480 5100 (þriðjud. 11–12)

Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja:

Færni- og heilsumatsnefnd
Heilbrigðisstofnun Suðurnesja
Skólavegi 8, 230 Reykjanesbæ
Sími 422 0500