**Umsókn um FÆRNI- OG HEILSUMAT (langtímadvöl)**

 **Skv. reglugerð nr. 466/2012**

**Umsókn skal senda til færni- og heilsumatsnefnda eftir umdæmi, sjá heimilisföng á öftustu síðu umsóknar. Sendist ekki til embættis landlæknis.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nafn umsækjanda:** | **Kennitala:** | **Símanúmer:** |
|       |       |       |
| **Heimilisfang:** | **Póstnúmer:** | **Staður:** |
|       |       |       |
| **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 heimaþjónusta, 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.

**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

Undirskrift **\*** Staður og dagsetning undirskriftar

**\*** *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):**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]  Aðstoð frá heimahjúkrun, hve oft?**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]  Aðstoð frá félagslegri heimaþjónustu, hve oft?**

**Já** **[ ]  Nei [ ]  Dagdvöl, hvar og hve oft?**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]  Öryggistæki / neyðarhnappur?**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]  Liðveisla: Hvaðan og hversu oft?**

**Já** **[ ]  Nei** **[ ]  Aðstoð frá kvöld- og helgarþjónustu, hve oft?**

**Já [ ]  Nei** **[ ]  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):**

**Býr ein(n)** [ ]  **Með öðrum** [ ]

**Ógift/ókvæntur** [ ]  **Gift/kvæntur** [ ]  **Ekkja/ekkill** [ ]  **Fráskilin(n)** [ ]  **Í sambúð** [ ]

**Líkamleg færni:**

**Alveg sjálfbjarga** [ ]  **Nokkuð sjálfbjarga** [ ]  **Þarf mikla aðstoð** [ ]  **Rúmliggjandi** [ ]

**Þarf aðstoð við:**

**Að klæðast** [ ]  **Að matast** [ ]  **Böðun** [ ]  **Lyfjagjafir** [ ]  **Salernisferðir** [ ]

**Annað, hvað?**

**Er eitthvað sem þú vilt taka sérstaklega fram? :**

Sætti viðkomandi einstaklingur sig ekki við niðurstöðu færni- og heilsumatsins getur hann skotið niðurstöðunni til ráðherra, sbr. 26. gr. stjórnsýslulaga.

**Senda skal umsóknina til viðkomandi færni- og heilsumatsnefnda:**

***Heilbrigðisumdæmi höfuðborgarsvæðisins: Heilbrigðisumdæmi Norðurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins Heilsugæslan á Akureyri

Álfabakka 16, 109 Reykjavík Sunnuhlíð 12, 603 Akureyri

Netfang: vistunarmat@heilsugaeslan.is Sími: 432-4558, 460 4600

Sími: 513 6819 (alla virka daga kl. 11-12) (mánudaga-fimmtudaga kl.10-11:30)

***Heilbrigðisumdæmi Vesturlands: Heilbrigðisumdæmi Austurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd Færni- og heilsumatsnefnd

Heilsugæslustöðin í Borgarnesi Heilsugæslustöðin á Seyðisfirði

Borgarbraut 65, 310 Borgarnesi Suðurgata 8, 710 Seyðisfirði

Sími: 432 1430 Sími: 470 3060

***Heilbrigðisumdæmi Vestfjarða: Heilbrigðisumdæmi Suðurlands:***

Færni- og heilsumatsnefnd Færni- og heilsumatsnefnd

Heilbrigðisstofnun Vestfjarðar Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Torfnesi 1, 400 Ísafirði v/Árveg, 800 Selfossi

Sími: 450 4500 Sími 432 2000 (þriðjud. 11 – 12)

 ***Heilbrigðisumdæmi Suðurnesja:***

Færni- og heilsumatsnefnd

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

Skólavegi 6, 230 Reykjanesbæ

Sími 422 0500