

Staðfesting vegna heilsubrests

Nafn umsækjanda:		Kennitala	
Heimilisfang:		Póstnr:	Staður
Sími:	Netfang:		

Nafn fagaðila: Starfsheiti: Starfsstöð: Netfang:	Dagsetning útfyllingar:
---	-------------------------

Núverandi staða

Vinsamlegast greinið frá þeim heilsubresti sem kemur í veg fyrir að umsækjandi geti hafið viðurkennda meðferð eða endurhæfingu.

--

Hefur umsækjandi verið áður í viðurkenndri meðferð eða endurhæfingu

já

nei

Ef já - þá þarf nánari útskýringu og ef sótt er um áframhaldandi greiðslur er óskað eftir upplýsingum um framvindu:

Áætluð tímalengd sem sótt er um

Hámark hægt að sækja um 6 mánuði og einungis er hægt að óska eftir heilum mánuðum:

Upphaf

Áætluð lok