

**FÉLAGSPJÓNUSTA**  
**RANGÁRVALLA- OG VESTUR SKAFTAFELLSSÝSLU**  
Suðurlandsvegur 1-3, 850 Hella s. 487-8125

Umsókn móttekin dags: \_\_\_\_\_

| Umsókn um sértæka ráðgjöf til foreldra barna með fötlun |                      |          |          |
|---|----------------------|----------|----------|
| Nafn barns :  | Kennitala:           |          |          |
| Heimilisfang:   | Póstnúmer og staður: |          |          |
| Skóli/leikskóli:  | Kennari:             |          |          |
| Nafn foreldris:   |                      |          |          |
| Heimilisfang, ef annað en barnsins                      | Sími:                | Farsími: | Netfang: |
| Nafn foreldris:   |                      |          |          |
| Heimilisfang, ef annað en barnsins                      | Sími:                | Farsími: | Netfang: |

|                                 |               |       |          |
|---------------------------------|---------------|-------|----------|
| Tilvísandi ef annar en foreldri | Staða/stofnun | Sími: | Netfang: |
|---------------------------------|---------------|-------|----------|

**Óskað er eftir:**

- Ráðgjöf og leiðbeiningar um réttindi og þjónustu
- Ráðgjöf til foreldra vegna uppeldis- og íhlutunarleiða
- Snemmtæk íhlutun og þroskajálfun ungra barna
- Sértæk ráðgjöf heim vegna skipulags fyrir börn og foreldra
- Þátttaka í teymisvinnu vegna barna
- Annað \_\_\_\_\_

|                    |
|--------------------|
| Ástæða tilvísunar: |
|--------------------|

Hefur barnið staðfest frávík í þroska?  Já  Nei

Ef já, að hvaða leiti? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift tilvísunaraðila

\_\_\_\_\_  
Undirskrift foreldris