

Fljótsdalshérað



Lyngási 12 - Pósthólf 183 - 700 EGILSSTAÐIR - Sími 4700 700- Fax 4700 701 - Kennitala: 481004-3220

UMSÓKN UM KAUP/LEIGU Á FÉLAGSLEGRI ÍBÚÐ

MEÐ ALLAR UPPLÝSINGAR VERÐUR FARIÐ SEM TRÚNAÐARMÁL.

Íbúð sem sótt er um: _____ Fjöldi herbergja: _____

Kaup

Leiga

Fullt nafn umsækjanda og heimilisfólks hans: _____ Hjúskaparstétt: _____ Kennitala: _____ Hvaðan og hvenær flutt til A-H: _____

Fullt nafn umsækjanda og heimilisfólks hans:	Hjúskaparstétt:	Kennitala:	Hvaðan og hvenær flutt til A-H:

Atvinna/staða, stéttarfélag og vinnustaður _____

Heimili: _____ Lögheimili: _____

Núverandi húsnæðisstaða:

Leiguíbúð

Dvelur hjá aðstandendum

Leiguíbúð með uppsögn dags. _____

Annað _____

Stærð núverandi íbúðar: _____

Ástand íbúðar, leiguverð o.s.frv. _____

Annað sem umsækjandi óskar að taka fram:

Fjölskyldumál, félagslegar aðstæður, veikindi o.þ.h. og aðrar upplýsingar sem kynnu að styðja umsóknina.
Húsnæðisadstæður:

Fjölskyldumál og veikindi:

Félagslegar aðstæður:

Annað:

Aðrar upplýsingar:

1. Hvenær hófst núverandi hjúskapur eða sambýli, ef um það er að ræða? Ár: _____
2. Hefur umsækjandi eða maki sótt um íbúð byggða á félagslegum grundvelli?
 Já Hvenær? _____
 Nei
3. Hefur umsækjandi eða maka verið úthlutað íbúð á félagslegum grunni? Hvar?

Eftirfarandi þarf að fylgja umsókninni:

- Vottorð um lögheimili. (Nægilegt ef upplýsingar eru til á bæjarskrifstofu)
- Skattaskýrslur síðustu þriggja ára. (Fyrir bæði hjón/sambýlisfólk þar sem við á)
- Launaseðlar síðustu þriggja mánaða. (Fyrir bæði hjón/sambýlisfólk þar sem við á)

Önnur nauðsynleg gögn ef við á:

- Læknisvottorð, ef umsækjandi býr í heilsuspillandi húsnæði.
- Læknisvottorð, ef alvarleg veikindi eru í fjölskyldunni.
- Vottorð um örorku.
- Vottorð um þungun.
- Gögn um lögskilnað eða sambúðarslit.
- Heimild dómsmálaráðuneytis til erlendra ríkisborgara til kaupa á íbúð.

Framangreindar upplýsingar eru réttar og mér er ljóst að rangar upplýsingar valda frávísun umsóknarinnar.
Ítreka þarf umsókn þessa samkvæmt reglum sveitarfélagsins til að viðhalda gildi hennar.

Útfyllist af starfsmanni:

Móttaka dags: _____

Starfsmaður: _____

Egilsstöðum _____ 20 _____

Fullt nafn

Heimilisfang og sími