



FJÖLSKYLDUÞEILD
AKUREYRARBÆJAR

Glerárgötu 26, 600 Akureyri
fjolskyldusvid@akureyri.is

Dags. _____

Staðfesting móttöku

Umsókn um sérstakan húsnæðisstuðning vegna 15-17 ára barna

Samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.

UMSÆKJANDI (FORRÁÐAMAÐUR/FORSJÁRAÐILI):

NAFN	KENNITALA
LÖGHEIMILI	HEIMASÍMI/FARSÍMI
BANKAREIKNINGUR UMSÆKJANDA (BANKI, HB, REIKNINGSNÚMÉR):	
NETFANG UMSÆKJANDA:	

UPPLÝSINGAR UM EINSTAKLING SEM SÓTT ER UM STUÐNING FYRIR:

NAFN:	KENNITALA:
NÁMSSTOFNUN:	
HEIMILISFANG LEIGUHÚSNÆÐIS (HEIMAVIST/NÁMSGARÐUR):	PÓSTNÚMÉR:

EF GREIÐA Á BEINT TIL LEIGUSALA:

NAFN LEIGUSALA:	KENNITALA:
BANKAREIKNINGUR LEIGUSALA (BANKI, HB, REIKNINGSNR):	NETFANG LEIGUSALA

Ég undirrituð/aður sæki hér með um sérstakan húsnæðisstuðning frá Akureyrarbæ vegna 15 – 17 ára barns.

Ég heimila fjölskyldusviði Akureyrarbæjar að afla frá opinberum aðilum þeirra gagna og upplýsinga sem nauðsynlegar eru vegna umsóknarinnar s.s. Íbúðalánasjóði, skattfyrvöldum, Þjóðskrá Íslands, LÍN og sýslumönnum.

Einnig heimila ég að aflað verði upplýsinga frá öðrum aðilum s.s. viðurkenndum menntastofnunum og leigusölum íbúðarhúsnæðis sem nauðsynlegar eru við afgreiðslu umsóknar.

Ég skuldbind mig til að upplýsa fjölskyldusvið Akureyrarbæjar um allar þær breytingar sem verða á aðstæðum mínum og áhrif kunna að hafa á umsóknina og/þá fyrirleggjandi mat á þörf fyrir sérstakan húsnæðisstuðning.

Dags.

Undirskrift
