

Ansøgning om:

- handicapkørsel
1:2

Kundenr.: _____
(FORBEHOLDT MOVIA)

BRUG BLOKBOGSTAVER ELLER TAST DIREKTE IND I PDF

Navn

Adresse

Postnr. og by

CPR-nr. -

Telefonnummer

Mobilnummer

Evt. Institutionsnavn

Adgang til bolig: med trin trinløs trapper elevator

Beskrivelse af handicappet (funktionsbegrænsning/diagnose):

Anvender følgende hjælpemidler:

alm. kørestol (max 63 cm bred)

rollator

sammenklappelig kørestol

krykker/albuestokke/stokke/gangstativ

befordres i sammenklappelig kørestol

toiletstol

bred kørestol

iltapparat

el-kørestol

andet _____

Hjælpemidler er udleveret af: kommune sygehus/hospital

er gangbesværet og kan ikke anvende ganghjælpemidler (årsag angives):

Ansøgning om:

- handicapkørsel
2:2

Forventet varighed af handicapet: varigt midlertidigt (minimum 6 måneder)

Er der behov for hjælp/ledsager ved transporten eller ved gang til/fra egen bolig:

Tildelt ledsagerordning efter Lov om Social Service

Skal have anden form for hjælp: _____

Jeg bekræfter på tro og love ovenstående oplysninger, og jeg erklærer mig indforstået med:

- at oplysningerne bliver benyttet i Trafikselskabet Movia, som registrerer relevante oplysninger i et elektronisk baseret kørselssystem, hvor kørslen for flere brugere automatisk vil blive koordineret og planlagt.
- mit telefon- og/eller mobilnummer bliver oplyst til chaufføren

Der er indsigtsret til disse oplysninger og deres brug m.v.
Trafikselskabet Movia kan kontaktes for en uddybning af disse forhold.

Dato _____ Ansøgers underskrift _____

Ansøgningen skal sendes til din bopælskommune

Afgørelse (udfyldes af bopælskommunen)

Godkendt - og tilmeldes Movia Flextrafik-kørselsordning.

Ikke bevilget. Ansøgeren underrettes skriftligt.

Dato _____ Underskrift og stempel _____