



Ansøgning om Flexhandicap

Kørselsordning for svært bevægelseshæmmede, blinde og svagsynede iflg. lov om trafikskaber §11

Ansøgningskemaet skal udfyldes og sendes til din bopælskommune

Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Postnr:	<input type="text"/>	By:	<input type="text"/>
Fastnetnummer:	<input type="text"/>	Mobilnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		

Beskrivelse af handicap:	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

Forventet varighed af handicapet: <input type="radio"/> Varigt <input type="radio"/> Midlertidigt (min. 6 mdr.) Indmeldelse kun 6 mdr. hvis intet andet er anført af kommunen
Anvender følgende ganghjælpemidler:
Kørestol (max 73 cm bred) <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Fører- eller servicehund <input type="checkbox"/>
Bred kørestol <input type="checkbox"/> Krykker/albuestokke <input type="checkbox"/>
El-kørestol <input type="checkbox"/> Iltapparat <input type="checkbox"/>
El-scooter/Mini Crosser <input type="checkbox"/> Andet _____ <input type="checkbox"/>
Er der behov for hjælp med trappemaskine på din hjemadresse? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej

Undertegnede erklærer sig indforstået med:	
<ul style="list-style-type: none">- at oplysningerne bliver videregivet til Trafikskabet Movia.- at oplysningerne af Trafikskabet Movia i overensstemmelse med lov om behandling af personoplysninger kan deles med eksterne samarbejdspartnere, herunder selskaber og deres chauffører, som udfører handicapkørsler for Trafikskabet Movia.- at Trafikskabet Movia og eksterne samarbejdspartnere må kontakte mig vedrørende kørsel.	
Dato	Ansøgerens underskrift

Afgørelse (udfyldes af bopælskommunen)	Stempel
Handicapkørselsordning bevillet Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Dato	Underskrift