

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:
E-mail:			

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:												
<table> <tr> <td>Kørestol (max 73 cm bred) <input type="checkbox"/></td> <td>Rollator <input type="checkbox"/></td> <td>Fører- eller servicehund <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bred kørestol <input type="checkbox"/></td> <td>Krykker/albuestokke <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>El-kørestol <input type="checkbox"/></td> <td>Iltpararat <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>El-scooter/Mini Crosser <input type="checkbox"/></td> <td>Andet _____ <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	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"/>	Iltpararat <input type="checkbox"/>		El-scooter/Mini Crosser <input type="checkbox"/>	Andet _____ <input type="checkbox"/>	
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"/>	Iltpararat <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 Trafikelskabet Movia. - at oplysningerne af Trafikelskabet Movia i overensstemmelse med lov om behandling af personoplysninger kan deles med eksterne samarbejdspartnere, herunder selskaber og deres chauffører, som udfører handicapkørsler for Trafikelskabet Movia. - at Trafikelskabet Movia og eksterne samarbejdspartnere må kontakte mig vedrørende kørsel. 	
Dato	Ansøgerens underskrift

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