

PERSONOPLYSNINGER:	
Navn:	Cpr.nr.
Adresse:	Telefon
Postnr. og by	
Evt. kontaktperson (hvortil alt henvendelse skal ske):	
Navn:	
Adresse:	
Postnr. og by:	
BESKRIVELSE AF HANDICAPPET:	
Handicappets art (diagnose) evt. vedlagt separat:	
Hvornår er handicapet opstået:	
TRANSPORTFORM:	
Jeg kan sidde i et almindeligt bilsæde (kørestol/ganghjælpemiddel medbringes)	
Jeg er permanent kørestolsbruger og skal sidde i kørestolen under hele turen	
Andre oplysninger om specielle behov:	
ANVENDELSE AF GANGHJÆLPEMIDLER (SKAL VÆRE BEVILGET AF KOMMUNENS SUNDHEDSAFDELINGEN):	
El-kørestol	Gangstativ/gangrollator el. lign.
Manuel kørestol	2 stokke/albuestokke
Trehjulet el-køretøj	1 stok/albuestok
Trehjulet cykel	Andet
BEHOV FOR HJÆLP:	
Er der behov for ledsagerhjælp under kørslen (chaufføren kan alene hjælpe med ind- og udstigning).	
Hvis ja – begrundelse herfor:	

Bemærk: Idet kørselsordningen er et supplement til den kollektive trafik, vil kørsel ud over 3 kommuner så vidt muligt blive afviklet med tog og bus

Undertegnede bekræfter på tro og love foranstående oplysninger, og er indforstået med selv at skulle fremskaffe lægeerklæring eller lignende, hvis det ønskes

Dato:

Underskrift