

PERSONOPLYSNINGER:		
Navn:	Cpr.nr.:	
Adresse:	Telefon:	
Postnr. og by	Mail:	
Evt. kontaktperson (hvortil alt henvendelse skal ske)		
Navn:	Cpr.nr.:	
Adresse:	Telefon:	
Postnr. og by:	Mail:	
BESKRIVELSE AF HANDICAPPET:		
Handicappets art (diagnose):		
Hvornår er handicappet 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 VISITATION & HJÆLPEMIDLER):		
El-kørestol (max 80 cm bred)	Ilt	
Sammenklappelig kørestol	1 stok/albuestok	
Crosser (max 70 cm bred + 140 cm lang)	Andet	
Gangstativ/gangrollator		
BEHOV FOR HJÆLP:		
Har du behov for at have en ledsager med?	NEJ	JA
- Hvis ja, hvorfor og til hvad?		
Har du behov for hjælp fra chaufføren?	NEJ	JA
- Hvis ja, hvorfor og til hvad?		

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