

Ansøgning om optagelse i Sydtrafik's handicapkørselsordning

Personlige oplysninger

Navn: _____ Cpr.nr. _____

Adresse: _____ Tlf.nr.: _____

Postnr.: _____ By: _____

Er du bevægelsehandicappet: Ja Nej

Hvis ja, diagnose/nærmere beskrivelse af dit handicap _____

Hvis der er tale om et synshandicap på mindst 6/60 skal du selv fremskaffe dokumentation for dette og vedlægge det ansøgningen.

Bruger du som følge af dit bevægelsehandicap

El kørestol Permanent Efter behov

Alm. Kørestol Permanent Efter behov

Minicrosser

Rollator/gangstativ Sammenklappelig Ja Nej

Krykker/stokke

Gangforhold

Hvor langt kan du gå med ganghjælpemidler?

0 – 50 m. 50 – 100 m. 100 m. eller mere.

Brug af almindelig kollektiv trafik

Kan du benytte almindelig kollektiv trafik i form af tog eller bus?

Ja, dog kun med besvær Nej, slet ikke

Hvis nej, anføres begrundelse herfor: _____



Dit behov i forbindelse med kørslen

(chaufføren hjælper i forbindelse med ind- og udstigning af vognen)

- Jeg kan sidde i almindeligt bilsæde
- Jeg har behov for liftbus – siddende i kørestol.
- Jeg har behov for ekstra chaufførhjælp mellem gadedør og bil.

Her bedes du beskrive hvad du har behov for hjælp til _____

Jeg har behov for en gratis ledsager som kan hjælpe **under transporten**. Her bedes du beskrive hvad ledsagerens funktion er under transporten _____

Jeg bekræfter de anførte oplysninger, og jeg er indforstået med selv at skulle fremskaffe lægeudtalelse eller lignende, hvis Borgerservice har brug for dette til behandling af min ansøgning.

Samtidig giver jeg tilladelse til, at Borgerservice må indhente yderligere oplysninger hos andre forvaltninger i kommunen, hvis dette er nødvendigt for behandlingen af min ansøgning.

Ansøgningen sendes til:

Varde kommune, Borgerservice, Bytoften 2, 6800 Varde

Dato: _____ Underskrift _____

