



Umsókn um akstursþjónustu fyrir eldra fólk

☐ Frumumsókn

☐ Breyting

☐ Endurnýjun

Grunnupplýsingar um umsækjanda

Nafn:	Kennitala:	
Heimilisfang:	Póstfang:	Sími/símar:
Netfang:	Hefur viðkomandi umráð yfir bíl? ☐ Já ☐ Nei	

Stutt lýsing á skerðingu og hjálpartækjum:

Hjólástóll ☐ Göngugrind ☐ Annað: ☐ _____

Tilgreinið aðra þjónustu sem viðkomandi nýtur frá opinberum aðilum:

Nafn/nöfn á tengiliðum ef einhverjir eru:

Ferðir sem sótt er um

Sótt er um ferðir til og frá, ein ferð er frá A til B og önnur ferð til baka. Merkið við það sem við á:

☐ Áætlaður fjöldi ferða til sjúkráþjálfara/sérfræðinga á mánuði: _____

☐ Áætlaður fjöldi annarra ferða tímabundið á mánuði _____

Áætlaður heildarfjöldi ferða á mánuði sem sótt er um: _____

Staðfesting umsóknar

Kópavogi, _____
dagsetning

Undirskrift

Ef við á, undirskrift aðstandanda/tengiliðs

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og skuldbind ég mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á mat umsóknar. Jafnframt veiti ég starfsfólki velferðarsviðs umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins um örorkumat og samþykki að starfsmenn velferðarsviðs veiti akstursaðila nauðsynlegar upplýsingar vegna ferðaþjónustu við mig.

Annað

Með umsókn þarf að fylgja læknisvottorð eða rökstuðningur/umsögn annars fagaðila (s.s. hjúkrunarfræðings, sjúkraþjálfara, félagsráðgjafa). Fram þarf að koma þörf á akstursþjónustu og að viðkomandi sé ófær um að nota almenningssamgöngur. Ef um er að ræða tímabundið fleiri en 16 ferðir vegna endurhæfingar eða annars þá þarf að nefna aðstæður, tímalengd og fjölda ferða.

Velferðarsvið Kópavogsbæjar
Vallakór 4
203 Kópavogur
Sími: 441-0000
Netfang: velferd@kopavogur.is