



Umsókn um akstursþjónustu fatlaðs fólks

☐

Frumumsókn

☐

Breyting

☐

Endurnýjun

Grunnupplýsingar um umsækjanda

Nafn:

Kennitala:

Heimilisfang:

Póstfang:

Sími/símar:

Netfang:

Hefur viðkomandi umráð yfir bíl? ☐ Já

☐ Nei

Stutt lýsing á fötlun og hjálpartækjum: _____

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:

☐

Vinnu, áætlaður fjöldi ferða á viku: _____

☐

Skóla, áætlaður fjöldi ferða á viku: _____

☐

Vegna annarra erinda, áætlaður fjöldi ferða á viku: _____

Áætlaður heildarfjöldi ferða á mánuði sem sótt er um: _____

Staðfesting umsóknar

Kópavogi, _____
dagsetning

Undirskrift

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

Athugið að með frumumsókn þarf að skila umsögn sjúkraþjálfara eða annars fagmanns, t.d. læknis, um þörf á akstursþjónustu, fjölda ferða og tímalengd þjálfunar eða endurhæfingar.

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