

Ansøgning om Flexhandicap

Kørselsordning for svært bevægelseshæmmede, blinde og svagsynede iflg. lov om trafikskaber §11

Ansøgningskemaet skal udfyldes og sendes til din bopælskommune

Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr:	<input type="text"/>	
Adresse:	<input type="text"/>			
Postnr:	<input type="text"/>	By:	<input type="text"/>	
Fastnetnummer:	<input type="text"/>		Mobilnummer:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>			

Beskrivelse af handicap:	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

Anvender følgende hjælpemidler:					
Kørestol (max 73 cm bred)	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Fører- eller servicehund	<input type="checkbox"/>
Bred kørestol	<input type="checkbox"/>	Krykker/albuestokke	<input type="checkbox"/>		
El-kørestol	<input type="checkbox"/>	Itapparat	<input type="checkbox"/>		
El-scooter/Mini Crosser	<input type="checkbox"/>	Andet _____	<input type="checkbox"/>		
Er der behov for hjælp med trappemaskine på din hjemadresse? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej					

Undertegnede erklærer sig indforstået med:	
<ul style="list-style-type: none">- at oplysningerne bliver videregivet til Trafikskabet Movia.- at oplysningerne af Trafikskabet Movia i overensstemmelse med lov om behandling af personoplysninger kan deles med eksterne samarbejdspartnere, herunder selskaber og deres chauffører, som udfører handicapkørsler for Trafikskabet Movia.- at Trafikskabet Movia og eksterne samarbejdspartnere må kontakte mig vedrørende kørsel.	
Dato	Ansøgerens underskrift

Afgørelse (udfyldes af bopælskommunen)		Stempel
Handicapkørselsordning bevillet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Dato	Underskrift	