

Ansøgning om Handicapkørsel (Fritidskørsel)

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

Ansøgningskemaet skal udfyldes og sendes til din bopælskommune

Navn:		CPR-nr.:	
Adresse:			
Postnr.:		By:	
Fastnetnummer:		Mobilnummer:	
E-mail adresse:			

Beskrivelse af handicapet:

Forventet varighed af handicapet:	Varigt <input type="checkbox"/>	Midlertidigt (min. 6 mdr.) <input type="checkbox"/>	
(Indmeldelse kun 6 mdr., hvis intet andet er anført fra kommunen)			
Anvender følgende ganghjælpemidler:			
Kørestol (max 63 cm bred)	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>
Bred kørestol (min 64 cm bred) *	<input type="checkbox"/>	Krykker/albuestokke	<input type="checkbox"/>
El-kørestol *	<input type="checkbox"/>	Iltapparat	<input type="checkbox"/>
El-scooter/Mini Crosser *	<input type="checkbox"/>	Andet	<input type="checkbox"/>
* = Trappemaskine kan ikke umiddelbart benyttes			
Er der behov for hjælp med trappemaskine på din hjemadresse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>	
Dato	Underskrift