

Navn:	<input type="text"/>	CPR-nr:	<input type="text"/>	
Adresse:	<input type="text"/>			
Postnr:	<input type="text"/>	By:	<input type="text"/>	
Fastnetnummer:			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"/>
El-kørestol *	<input type="checkbox"/>	Krykker/albuestokke	<input type="checkbox"/>		
El-scooter/Mini Crosser	<input type="checkbox"/>	Itapparat	<input type="checkbox"/>		
		Andet	<input type="checkbox"/>		
* Trappemaskine kan ikke benyttes hvis: Kørestol er mere end 73 cm bred. El-kørestol beføres ikke ad trapper					
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 bevilliget		
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Dato	Underskrift	