



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"/>
El-kørestol * <input type="checkbox"/>	Krykker/albuestokke <input type="checkbox"/>	
El-scooter/Mini Crosser <input type="checkbox"/>	Iltapparat <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? Ja Nej

Undertegnede erklærer sig indforstået med:

- 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.

Dato	Ansøgerens underskrift
------	------------------------

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