



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"/>	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	