

## Ansøgning om Handicapkørsel (Fritidskørsel)

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

Ansøgningskemaet skal udfyldes og sendes til din bopælskommune

Navn:	CPR-nr.:	<input type="text"/>
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 <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"/>	
Er der behov for hjælp med trappemaskine på din hjemadresse?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

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

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