



Ansøgning om Flexhandicap

Kørselsordning for svært bevægelseshæmmede, iflg. lov om trafikelskaber §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"/>
--------------------------	----------------------

Forventet varighed af handicapet:	<input type="radio"/> Varigt	<input type="radio"/> Midlertidigt (min. 6 mdr.)	
		Indmeldelse kun 6 mdr. hvis intet andet er anført af kommunen	
Anvender følgende ganghjælpemidler:			
Kørestol (max 73 cm bred)	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>
Bred kørestol	<input type="checkbox"/>	Krykker/albuestokke	<input type="checkbox"/>
El-kørestol	<input type="checkbox"/>	iftapparat	<input type="checkbox"/>
El-scooter/Mini Crosser	<input type="checkbox"/>	Andet _____	<input type="checkbox"/>
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 Trafikelskabet Movia.- at oplysningerne af Trafikelskabet Movia i overensstemmelse med lov om behandling af personoplysninger kan deles med eksterne samarbejdspartnere, herunder selskaber og deres chauffører, som udfører handicapkørsler for Trafikelskabet Movia.- at Trafikelskabet Movia og eksterne samarbejdspartnere må kontakte mig vedrørende kørsel.	
Dato	Ansøgerens underskrift

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