

UMSÓKN UM AKSTURSPJÓNUSTU FATLAÐS FÓLK

Nafn umsækjanda	Kennitala
Lögheimili	Póstnúmer
Heimilisfang (ef annað en lögheimili)	Sími
Sími/GSM	Netfang
Aðstandandi/tengiliður/forsjáraðili	Tengsl

Óskar umsækjandi eftir að afrit af svarbréfi sé sent til aðstandanda/tengiliðs?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Er umsækjandi innlagður á sjúkrastofnun?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Notar umsækjandi hjálpartæki?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
þarf umsækjandi aðstoð við að komast í og úr bíl?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Hefur umsækjandi fylgdarmann með sér?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Hefur umsækjandi einhverja möguleika á öðrum ferðamáta?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Er umsækjandi 75% öryrki?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Er umsækjandi á endurhæfingarlífeyri?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Hefur umsækjandi notið ferðapjónustu fatlaðra áður?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>
Hefur umsækjandi fengið styrk til bifreiðakaupa eða bensínstyrk frá TR?	Já	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>

Nánar:

Fyrirhugað erindi (Merkja má við fleiri en einn valkost):

Dagvist Hæfing Vinna Skóli Tómsundur Annað Sótt er um ferðir á mánuði í mánuði

Nánari skýring ef það á við:

Með umsókn þessari skal fylgja læknisvottorð eða staðfestar upplýsingar um greiningu, þar sem fram kemur stutt lýsing á fötlun og mat á þörf fyrir ferðapjónustu.

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti starfsfólki umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins og dagvistunum ef þörf er á vegna umsóknar. Ég skuldbindi mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á þjónustumatið.

Dagsetning	Undirskrift umsækjanda/forsjáraðila
------------	-------------------------------------