

UMSÓKN UM FERÐAÞJÓNUSTU FATLAÐRA

Sbr. 35. gr. laga nr. 59/1992 um málefni fatlaðra og 4. gr. reglna
Hveragerðisbæjar um ferðaþjónustu fatlaðra



Nafn umsækjenda

Kennitala

Heimilisfang

Sími/netfang

Nafn aðstandenda eða forráðamanns

Kennitala

(ef umsækjandi er ekki lögráða)

Tegund umsóknar:

Frumumsókn Breyting Endurnýjun

Óskir um fjölda ferða í viku:

Vinna (Hvernig ráðast þær ferðir yfir vikuna)

Skóli (Hvernig ráðast þær ferðir yfir vikuna)

Sérfræðiþjónusta (Hvernig ráðast þær ferðir yfir vikuna)

Frjálsar ferðir (Hvernig ráðast þær ferðir yfir vikuna)

Samtals ferðir á mánuði = _____

Frh.

Stutt lýsing á fötlun/hreyfihömlun _____

Opinber þjónusta sem viðkomandi nýtur _____

Hefur umsækjandi umráð yfir bíl: Já Nei

Notar umsækjandi hjálpartæki: Já Nei Hvernig: _____

Þarf umsækjandi aðstoð við að komast í og úr bíl: Já Nei

Hefur umsækjandi fylgdarmann með sér? Já Nei

Fylgiskjöl: Læknisvottorð Staðfesting frá sérfræðingi smfs Annað

Aðrar upplýsingar _____

Starfsmenn félagsþjónustunnar meta umsóknir í samvinnu við fagfólk á svæðisskrifstofu málefna fatlaðra á Suðurlandi, sbr. 4. gr. reglna Hveragerðisbæjar um ferðaþjónustu fatlaðra.

Dagsetning _____

Undirskrift umsækjanda (eða forráðamanns)

Afgreiðsla umsóknar:

Dagssetning:

--	--