



Ansøgningskema til Individuel handicapkørsel Midttrafik

Skemaet indsendes til:

Ikast-Brande Kommune, Visitations- og Myndighedsafdelingen
Sjællandsgade 6, 7430 Ikast

| | | |
|---------------------------|-----------|---------|
| Personoplysninger: | | |
| Cpr. nr: | | |
| Fornavn: | | |
| Efternavn: | | |
| Adresse: | | |
| Postnummer: | | |
| By: | | |
| Tlf. nr: | Mobil nr: | E-mail: |

| | | |
|--------------------------------|-----------|---------|
| Eventuel kontaktperson: | | |
| Navn: | | |
| Adresse: | | |
| Postnummer: | | |
| By: | | |
| Tlf. nr: | Mobil nr: | E-mail: |

| |
|---|
| Beskrivelse af handicapet: |
| Handicapets art (diagnose) evt. vedlagt separat |
| Hvornår er handicapet opstået? |

| |
|---|
| Vogntyper og hjælpemidler (sæt X): |
| Almindelig Vogn: |
| <input type="checkbox"/> Vogn med høj eller lav indstilling |
| <input type="checkbox"/> Vogn med lav indstigning |
| <input type="checkbox"/> Vogn med høj indstigning |
| <input type="checkbox"/> Kunden skal sidde på forsædet |
| Hjælpemidler: |
| <input type="checkbox"/> Sammenklappelig kørestol |
| <input type="checkbox"/> Rollator / gangstativ |
| <input type="checkbox"/> Ilt |
| <input type="checkbox"/> Stokke / krykker |

| | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|---------|--------|
| Liftvogn: | | | | |
| Hjælpemidler: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sammenklappelig kørestol | | | | |
| <input type="checkbox"/> Manuel kørestol | | | | |
| <input type="checkbox"/> El-kørestol | Max mål: 80 cm x 140 cm | Max vægt inkl. kunde: 300 kg. | | |
| <input type="checkbox"/> Høj/bred/stor el-kørestol | Angiv mål: | Længde: | Bredde: | Højde: |
| <input type="checkbox"/> 3-hjulet el-køretøj | Angiv mål: | Længde: | Bredde: | Højde: |

Hvis kørestolen er større end de angivne mål, begrænser det transporten i forbindelse med lange rejser.

Begge vogntyper (angiv hjælpemidler):

Hjælpemidler:

Sammenklappelig kørestol

Rollator / gangstativ

Ilt

Stokke / krykker

Manuel kørestol

El-kørestol

Max mål: 80 cm x 140 cm

Max vægt Inc. kunde: 300 kg.

Høj/bred/stor el-kørestol

Angiv mål:

Længde:

Bredde:

Højde:

3-hjulet el-køretøj

Angiv mål:

Længde:

Bredde:

Højde:

Mulighed for ekstra tilkøb (serviceminutter)

Eksempler:

Hjælp til at låse dør / låse dør op

Ekstra hjælp til hjælpemidler mellem gadedør/vogn og vogn/gadedør

Ekstra tid til ind- og udstigning af vogn

Iltapparat

Bagagehjælp u/11 kg (ikke indkøb)

Eventuelt andet (kontakt vores administration inden for handicapørsel)

Visiteret medhjælp

Hvis du ikke selvstændigt kan opholde dig i vognen under kørslen, kan du ansøge om at få en gratis ledsager med som er selvhjulp.

Begrundelse for gratis ledsagerhjælp: _____

Det er altid muligt at medtage en ledsager mod betaling.

Bemærk: Idet kørselsordningen er et supplement til den kollektive trafik, vil kørsel ud over 100 km så vidt muligt blive afviklet med tog og bus.

Undertegnede bekræfter på tro og love foranstående oplysninger, og er indforstået med selv at skulle fremskaffe lægeerklæring eller lignende, hvis det ønskes.

Dato: _____

Underskrift: _____