



Ansøgning om Midttrafiks handicapkørselsordning Skive Kommune

Navn: _____ Cpr.nr.: _____

Adresse: _____ Tlf. nr.: _____

Postnr.: _____ By: _____ Mobil: _____

Uddybende beskrivelse af handicapet, herunder hvordan handicapet påvirker gangfunktionen:

Oplysninger om hjælpemidler

Hvilke hjælpemidler bruger du?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> El kørestol | <input type="checkbox"/> 2 krykker/krykstocke |
| <input type="checkbox"/> Alm. Kørestol | <input type="checkbox"/> 1 krykke/krykstock |
| <input type="checkbox"/> Gangstativ, rollator eller lignende | <input type="checkbox"/> 2 stokke |
| <input type="checkbox"/> Andet | <input type="checkbox"/> 1 stok |

Minicrosser:

Længde: _____ cm.

Bredde: _____ cm.

Vægt: _____ kg.

Kan kørestolen klappes sammen:

- ja nej

Er dit ganghjælpemiddel udlånt af kommunen:

- ja nej



Oplysninger om gangfunktion

Uden benyttelse af ganghjælpemiddel/-ler kan jeg:
gå ca. _____ meter og klare ca. _____ trappetrin

Med benyttelse af ganghjælpemiddel/-ler kan jeg:
gå ca. _____ meter og klare ca. _____ trappetrin

Andet: _____

Oplysninger om evne til at benytte offentlige kollektive transportmidler samt nuværende transportmuligheder

- Jeg benytter bus/tog en gang imellem
- Jeg benytter bybussen en gang imellem
- Jeg kan ikke benytte bus/tog (uddyb venligst):

Afstand til nærmeste stoppested: _____ meter

Hvordan klares transporten til fritidsformål (besøg, indkøb, fritidsaktiviteter) nu:

Oplysninger om behov for hjælp i Midttrafiks handicapkørselsordning

- Jeg har behov for chaufførens assistance mellem vogn og gadedør i gadeniveau
- Jeg har behov for chaufførens assistance til at komme ind og ud af vognen
- Jeg har plejebehov under kørslen, og har brug for at medtage en personlig hjælper
- Andet: _____

Oplysninger om transportform i Midttrafiks handicapkørselsordning

- Jeg kan sidde i et almindeligt bilsæde
(liftbil & alm. Bil, hvor hjælpemiddel medbringes)
- Jeg er permanent kørestolsbruger og skal sidde i kørestolen under hele turen
(liftbil)



Underskrift

Oplysningerne angivet på dette ansøgningsskema bekræftes på tro og love. Jeg tillader, at kommunen/Midttrafik indhenter yderligere oplysninger hos Socialforvaltningen og hos egen læge. Ligeledes er jeg indforstået med, at der kan hentes lægeerklæringer eller lignende, hvis det ønskes. Jeg ved, at jeg har pligt til at give kommunen/Midttrafik besked om ændringer i ovennævnte oplysninger, der kan have betydning for ordningen.

Min læges navn: _____

Min læges adresse: _____

Dato: _____ Ansøgers underskrift: _____

***Sendes til: Skive Kommune, Visitation & hjælpemidler,
Resenvej 25, plan 4, 7800 Skive.
Telefon: 9915 6660. Mail: visitation-hjaelpemidler@skivekommune.dk.***

Orientering om behandling af personoplysninger

Når du har en sag hos Skive Kommune, vil Skive Kommune behandle nødvendige oplysninger om dig. Efter databeskyttelsesforordningen skal vi orientere dig om, at vi indsamler og registrerer oplysninger. Vi skal også orientere dig om de rettigheder, du har efter databeskyttelsesforordningen.

Du har ret til indsigt i de oplysninger, Skive Kommune behandler om dig, ret til at få urigtige oplysninger berigtiget eller slettet, ret til begrænsning af behandling, ret til indsigelse, ret til dataportabilitet samt ret til at klage over behandlingerne.

Du kan læse mere om behandlingen af dine personoplysninger samt om dine rettigheder på <https://www.skive.dk/borger/databeskyttelse/>.