



Umsókn um ferðapjónustu

Umsókn um:

Ferðapjónusta fatlaðra

Aksturspjónustu eldri borgara

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Almennar upplýsingar:

Nafn umsækjanda		Kennitala
Lögheimili		Póstnúmer
Heimilisfang (ef annað en lögheimili)		Póstnúmer
Sími	GSM	Netfang
Nafn notanda (ef yngri en 18 ára)		Kennitala

Aðstandandi/tengiliður/forsjáraðili

Nafn	Tengsl	Sími

Óskar umsækjandi eftir að afrit af svarbréfi sé sent til aðstanda/tengiliðs? Já ___ Nei ___

Er umsækjandi innlagður á sjúkrastofnun? Já ___ Nei ___

Notar umsækjandi hjálpartæki? Já ___ Nei ___ Hvaða? _____

Stutt lýsing á hreyfihömlun/ástæða umsóknar _____

Þarf umsækjandi aðstoð til að komast í og úr bíl? Já ___ Nei ___

Hefur umsækjandi fylgdarmann með sér? Já ___ Nei ___

Hefur umsækjandi einhverja möguleika á öðrum ferðamála? Nei ___ Já ___

Hefur umsækjandi notið ferðapjónustu áður? Já ___ Nei ___

Annað _____

Fyrirhuguð erindi? (merkja má við fleiri en einn valkost)

<input type="checkbox"/> Dagvist	<input type="checkbox"/> Vinna	<input type="checkbox"/> Hæfing
<input type="checkbox"/> Tómstundir	<input type="checkbox"/> Nám	<input type="checkbox"/> Sjúkrþjálfun

Sótt er um _____ ferðir í mánuði í _____ mánuði

Fylgiskjöl: Læknisvottorð Annað

Nánari upplýsingar um hvaða daga og hvenær dags þörf er á þjónustunni: _____

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á þjónustumatið.

_____ dagsetning

_____ Undirskrift umsækjenda

Ath. úthlutnartímabil ferðapjónustu eru þrjú á hverju ári; 1. janúar – 31. maí, 1. júní – 31. ágúst og 1. september – 31. desember. Endurnýja þarf umsókn um ferðapjónustu fyrir hvert tímabil að öðrum kosti getur ferðapjónustan fallið niður.