# Love disabledAnsøgningsskema til borgere der er fritaget for elektronisk henvendelse til det offentlige

# Disabled Stock Illustrations – 41,809 Disabled Stock Illustrations, Vectors &amp; Clipart - DreamstimeAnsøgning om individuel handicapkørsel

***For at blive visiteret til individuel handicapkørsel skal du opfylde nogle betingelser:***

* ***Være svært bevægelseshæmmet, eller være vurderet og berettiget til bevilling af ganghjælpemidler af Horsens Kommune, f.eks. kørestol, rollator, gangbuk eller stok m.v.***
* ***Være fyldt 18 år***
* ***Eller være blind eller stærkt svagtseende (synsstyrke 10% eller mindre).***

|  |  |
| --- | --- |
| Navn | Cpr |
| Adr. | Tlf. mobil. |
| Postnr. | By |

Baggrund for ansøgning

|  |
| --- |
| **Hvad består dit handicap i ?** *(Feltet skal udfyldes)* |

|  |
| --- |
| **Hvorfor søger du kørselsordningen?** *(Feltet skal udfyldes)* |

**Er du synshandicappet/blind**, - din synsstyrke skal være 10% eller mindre.

JA OBS !!! vedhæft kopi af medlemskort fra Dansk blindesamfund eller notat fra øjenlæge.

Har du et bevilget hjælpemiddel som er visiteret til dig personligt og udleveret af Horsens Kommune? (Bemærk ikke selvanskaffede hjælpemidler).

(kontakt - Rådgivningsteamet 76294500 for vurdering)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rollator-gangstativ | Manuel kørestol  Ma | Komfort/el-kørestol |
| El-køretøj | Albuestokke | Bil |

Gå til side 2

Jeg er svært bevægelseshæmmet – men kan ikke benytte et ganghjælpemiddel,

Jeg

*begrundelse* *(Feltet skal udfyldes)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Jeg er klar over, at den individuelle handicapkørsel er et supplement til den kollektive trafik.  Jeg er indforstået med, at transporten foregår sammen med flere passagerer og at kørslen foregår fra gadedør til gadedør i gadeniveau. Der ydes maximum hjælp til ind og udstigning samt at hjælpemidlet placeres i vognen.  Jeg er klar over, at jeg har ret til 104 enkelte ture pr. kalender år. | Disabled Stock Illustrations – 41,809 Disabled Stock Illustrations, Vectors  &amp; Clipart - Dreamstime JA |
| Jeg kan benytte alm. LAV BIL  (altid fra gadedør til gadedør i gadeniveau) | Ja forsæde alle sæder  JAJJJ | Nej |
| Jeg kan benytte alm. HØJ BIL  (altid fra gadedør til gadedør i gadeniveau) | Ja forsæde alle sæder  JAJJJ | Nej |
| Jeg er kørestolsbruger og har brug for Liftvogn, - og jeg skal sidde i kørestolen under transporten. | JA |  |
| Har du brug for hjælp under kørsel til indtagelse af medicin eller ilt | JA Nej |  |
| (kun kørestolsbrugere)  jeg har brug for en TRAPPEMASKINE  og jeg har læst kravene, omhandlende min kørestol- og trappeforholdene.  Trappelift er et tilkøb som jeg selv betaler.  (Du vil efterfølgende modtage en faktura fra Horsens Kommune.) | Har du brug for trappemaskine  JA  JA, min kørestol er sammenklappelig eller manuel  El-kørestole og El-scootere kan ikke løftes  JA, min kørestol har højest en hjulbredde på 63 cm. (udvendigt mål)    JA, min kørestol er minimum være 37 cm. indvendigt mål mellem tværstængerne på kørestolsrammen  JA, sammen med kørestolen vejer jeg ikke mere end 150 kg. |  |

Gå til side 3

|  |  |
| --- | --- |
| Jeg er klar over, at den individuelle handicapkørsel kun kan bruges til private formål såsom =  Besøg, hos venner og familie, kulturelle aktiviteter, behandling f.eks. fysioterapi og tandlæge  (Ved brug for læge kørsel – kontakt borgerservice 7629 3555  Ved brug for sygehuskørsel – kontakt Regionens patientbefordring 7023 6248) | JA |

|  |
| --- |
| Hvor langt kan du gå uden brug af hjælpemiddel ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meter |
| Hvor langt kan du gå med brug af hjælpemiddel ca. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meter |
| Hvor mange trappetrin op/ned med hjælp \_\_\_\_\_ uden hjælp ­­­­­\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jeg kan komme til nærmeste **offentlige** stoppested  Jeg kan komme til nærmeste stoppested | Jeg kan med ledsager komme til nærmeste **offentlige** stoppested  Jeg kan m | Jeg kan **IKKE** komme til nærmeste **offentlige** stoppested |
| Ved **offentlig transport** kan jeg klare ind- og udstigning **selv** | Ved **offentlig transport**, kan jeg klare ind- og udstigning **med hjælp** | Ved **offentlig transport**, kan jeg **KKE** klare ind- og udstigning selv |
| Er der andre årsager til, du ikke kan benytte **offentlig transport**/ andre bemærkninger ?:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |



Jeg accepterer at

Ovenstående oplysninger gives på tro og love.

Jeg er indforstået med, at Horsens kommune, kan hente yderligere relevante oplysninger, i forbindelse med behandlingen af min ansøgning, hvis der er behov for det. (evt. hos egen læge / sygehus).

Jeg er ligeledes indforstået med, at jeg har pligt til at underrette Horsens Kommune om ændringer i ovenstående oplysninger, der kan have betydning for min brug af ordningen.

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ansøgers underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Udfyld af: (f.eks. kontakt person) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon (kontakt person) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ansøgningen skal sendes til:

Horsens Kommune, Velfærd og Sundhed, Kropsbårne hjælpemidler, Visitationen - korte og akutte borgerforløb, Chr M Østergaards Vej 4, 8700 Horsens.