



FJARÐABYGGÐ

Umsókn um akstur

ALMENNAR UPPLÝSINGAR UM ÞJÓNUSTUÞEGA:

Nafn: _____ Kennitala: _____

Lögheimili: _____ Póstnr: _____ Staður: _____

Heimilisfang: _____ Póstnr: _____ Staður: _____
(ef annað en lögheimili)

Netfang: _____ Sími: _____ Farsími: _____

AÐSTANDANDI / TENGILIÐUR / FORSJÁRAÐILI:

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

Nafn: _____ Tengsl: _____ Sími: _____

ÓSKAÐ ER EFTIR:

- Ferðþjónustu fatlaðs fólks
- Akstursþjónustu eldri borgara
- merkið við ef um endurmat er að ræða

Óskar umsækjandi eftir því að afrit af svarbréfi sé sent til aðstandanda/tengiliðs?

Já Nei

Er þjónustuþegi innlagður á sjúkrastofnun? Já Nei

Notar þjónustuþegi hjálpartæki? Já, hvaða? _____ Nei

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

Hefur þjónustuþegi fylgdarann með sér? Já Nei

Hefur þjónustuþegi einhverja möguleika á öðrum ferðamáta? Já Nei

Er þjónustuþegi 75% öryrki? Já Nei

Er þjónustuþegi á endurhæfingarörorku? Já Nei

Hefur þjónustuþegi notið ferðþjónustu sveitarfélags áður? Já Nei

Hefur þjónustuþegi fengið styrk til bifreiðakaupa eða bensínstyrk frá TR?

Já, nánar _____ Nei

FYRIRHUGUÐ ERINDI (MERKJA MÁ VIÐ FLEIRI EN EINN VALKOST):

- Dagvist Hæfing Verslanir
 Heimsóknir Læknir Vinna
 Félagsstarf Skóli

Sótt er um ____ ferðir á mánuði í ____ mánuði.

NÁNARI SKÝRING (EF Á VIÐ):

FYLGISKJÖL:

- Læknisvottorð

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti ég starfsfólki félagsþjónustunnar í Fjarðabyggð umboð til að afla upplýsingar hjá Tryggingastofnun ríkisins og heilsugæslum, hjúkrunarheimilum og dagvistunum ef þörf er á vegna umsóknarinnar.

Ég skuldbind mig til þess að láta vita um allar breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á þjónustumatið.

Staður, dagsetning

Undirskrift þjónustuþega / forráðamanns

Mótttekið dags: _____ af: _____