

1 Personlige oplysninger

Navn: _____ Cpr. nr.: _____

Adresse: _____ Tlf.: _____

Postnr., by _____

2 Beskrivelse af handicap og kørselsbehov.

Diagnose _____

Kørselsbehov/hvad skal du køre til:

3 Forventet varighed af handicapet:

Permanent Midlertidig

4 Skyldes dit bevægelsehandicap nedsat syn?

Ja Nej

**A. Hvis ja, bedes du dokumentere, at du har en synsstyrke på 10 % eller mindre.
Dokumentationen vedlægges/vedhæftes denne ansøgning.**

5 Skyldes din bevægelsehandicap nedsat gangfunktion?

Ja Nej

6 Pga. mit bevægelsehandicap bruger jeg:

- El- kørestol (almindelig)
- Minicrosser – mål i cm: Længde_____ Bredde_____ Højde_____
- Sammenklappelig kørestol
- Kørestol
- Rollator
- Førerhund

7 Gangforhold.

A. Hvor langt kan du gå uden brug af ganghjælpemidler eller medhjælper?

- 0-49 meter 50-99 meter 100 meter eller derover

B. Hvor mange trin kan du gå op/ned af ca. _____ trin

8 Brug af almindelig kollektiv transport

A. Kan du uden hjælp bruge almindelig kollektiv transport: Bus, tog eller rutebil?

- ja nej ja, men kun med besvær

B. Har du, på grund af dit handicap, behov for at have en medhjælper med til at afhjælpe dig under transporten?

- ja, altid nej, aldrig

Hvis ja, hvad har du brug for hjælp til? Vær obs. på at ud- og indstigning, er chauffør behjælpelig med, og er ikke grundlag for transport-bevilling til medhjælper.

Vær opmærksom på, at medhjælperen skal være selvhjulpent. Medhjælperen stilles ikke til rådighed af kørselskontoret, men er en person du selv skal finde.

9 Hvordan er dit behov for at blive kørt? Sæt kun kryds ved én mulighed.

- Almindelig bil
- Lav bil, på forsæde
- Liftbil – skal sidde i kørestol

Dato _____

Underskrift _____

Det udfyldte og underskrevne skema kan sendes med post til:

Struer Kommune

Sundhed og Omsorg

Myndighed, Sagsbehandlende terapeuter

Østergade 11-13

7600 Struer

Du kan også indlevere det i Infocenter Struer ved biblioteket eller

scanne det underskrevne dokument ind og sende det til sikker mailadresse: sundhed-

omsorg@struer.dk