

UMSÓKN UM AKSTURÞJÓNUSTU ELDRI BORGARA

| | |
|---|--|
| Nafn umsækjanda | Kennitala |
| Lögheimili | Póstnúmer |
| Heimilisfang (ef annað en lögheimili) | Sími |
| Sími/GSM | Netfang |
| Aðstandandi/tengiliður | Tengsl |
| Óskar umsækjandi eftir að afrit af svarbréfi sé sent til aðstandanda/tengiliðs? | Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Notar umsækjandi hjálpartæki? | Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Parf umsækjandi aðstoð við að komast í og úr bíl? | Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Hefur umsækjandi notið ferðaþjónustu fatlaðra áður? | Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |
| Hefur umsækjandi fengið styrk til bifreiðakaupa eða bensínstyrk frá TR? | Já <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> |

Nánar:

Fyrirhugað erindi (Merkja má við fleiri en einn valkost):

Sjúkraþjálfun Læknisheimsókn Tómstundir Annað

Sótt er um ferðir á mánuði í mánuði

Nánari skýring ef það á við:

Með umsókn þessari skal fylgja læknisvottorð eða mat á þörf fyrir akstursþjónustu.

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

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda