

Ansøgning om kørselsordning for borger med demens og senhjerneskade



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

Ved kørsel udenfor Fyn skal rejsen kombineres med en togrejse, der betales af brugeren

Skemaet udfyldes og returneres til:

Faaborg-Midtfyn Kommune, Sundhed og Omsorg, Faaborgvej 19, 5854 Gislev

1.	Navn		Personnr.
	Adresse		Telefon
	Postnr.	By	Mobiltelefon

Punkt 2-3-4-5-6 udfyldes af ansøger

Punkt 7-8-9-10-11 udfyldes af kommunen

2. Beskrivelse af demens- eller senhjerneskadediagnose Har du en demensdiagnose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du en senhjerneskadediagnose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Du skal vedlægge brev fra læge eller sygehus som dokumenterer din diagnose	7. Skal udfyldes af kommunen Kan ansøgers oplysninger bekræftes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3. Oplysninger om brug af offentlige transportmidler Kan du benytte offentlige transportmidler? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvordan kommer du almindeligvis rundt til f.eks. indkøb, frisør, sociale aktiviteter og lignende? _____ _____	8. Skal udfyldes af kommunen Kan ansøgers oplysninger bekræftes? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Evt. supplerende oplysninger: _____ _____
4. Chaufførhjælp <i>Chaufføren yder altid hjælp ved ind- og udstigning af vognen.</i> Har du derudover behov for chaufførhjælp fra vogn til entredør/ bestemmelsessted (eller omvendt)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du behov for hjælp under selve transporten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Har du behov for at sidde i kørestol under transporten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	9. Skal udfyldes af kommunen Er der behov for visitation til: Entrédør <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hjælper <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kørestol <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

5. Oplysninger om eventuelle ganghjælpemidler

På grund af mit fysiske bevægelseshandicap bruger jeg (sæt X):

- Krykke(r)/Albuestok(ke)
- Gangstativ/ rollator ell. lign.
- Manuel kørestol inde/ ude
- El-kørestol inde/ ude
- Er gangbesværet, men kan ikke benytte et ganghjælpemiddel, årsagen anføres:
-

10. Skal udfyldes af kommunen

Er ganghjælpemiddel bevilget af kommunen?

- Ja Nej
- Ja Nej
- Ja Nej
- Ja Nej

Er ansøger berettiget til ganghjælpemiddel - selvom det ikke er bevilget?

6. Samtykkeerklæring

Undertegnede bekræfter hermed på tro og love foranstående oplysninger og er indforstået med selv at skulle fremskaffe lægeerklæring eller lignende, hvis det ønskes.

Derudover giver jeg samtykke til, at der må indhentes helbredsoplysninger om mig i andre afdelinger i kommunen, samt information om demens diagnosen hos egen læge jf. Retsikkerhedslovens §11.

Jeg erklærer mig desuden indforstået med:

- at oplysningerne bliver videregivet til Trafikselskabet FynBus
- at oplysningerne af Trafikselskabet FynBus i overensstemmelse med lov om behandling af personoplysninger kan deles med eksterne samarbejdspartnere, herunder selskaber og deres chauffører, der udfører SBH-kørsel for FynBus
- at Trafikselskabet FynBus og eksterne samarbejdspartnere må kontakte mig vedrørende kørsel
- At kommunen må indhente og at Fynbus må videregive oplysninger til kommunen om, hvorvidt jeg har Rejsekort eller anden rejsehjemmel hos Fynbus, og om anvendelsen heraf de seneste 3 måneder.

Info om samtykke:

- Du kan tilbagekalde et samtykke til indhentning/videregivelse af oplysninger, jf. persondatalovens § 38
- Hvis du ikke ønsker at give samtykke til, at kommunen videregiver oplysninger, så kan du ikke optages i ordningen. Det samme gælder, hvis du tilbagekalder et samtykke.

Dato

Ansøgers underskrift

11. Skal udfyldes af kommunen

Visiteres Afslag

Kommunal visitator

Dato:

Visitators underskrift:

Ved behov for yderligere oplysninger
kontaktes visitator på telefon
7253 6000