



Ansøgningsskema til optagelse i Flexhandicap

Att: myndighedsafdelingen

Ansøgning om Flexhandicap – udfyldes af borger

*Navn:		*Cpr. Nr.:	
*Adresse:		*Telefon:	Mobil:
*Postnr.:	*By:	E-mail:	

**feltet skal udfyldes*

Beskrivelse af handicap (sæt kryds)

- ☐ Blind/svagtseende (Borgere hvis synsrest er 6/60 eller mindre på bedste øje med korrektion(optik), eller borgere med synsrest på over 6/60 med komplikationer, der medfører at, synsrestens værdi vurderes til at være lig med eller mindre end 6/60) Vedlæg kopi af lægejournal eller kopi af medlemskort til Dansk Blinde Samfund
- ☐ Lungelidelse (f.eks. KOL)
- ☐ Demens
- ☐ Fysisk handicap (beskriv)
- _____
- _____
- ☐ Andet (beskriv)
- _____
- _____

Mobilitet (sæt kryds)

- ☐ Er du fysisk bevægelseshæmmet? ☐ Ja ☐ Nej
- Beskrivelse af handicap:
- _____
- _____
- _____
- Anvender du ganghjælpemiddel til støtte for gangfunktionen? ☐ Ja ☐ Nej
- Hvis ja: Er ganghjælpemidlet bevilget af kommunen? ☐ Ja ☐ Nej
- Er du fysisk gangbesværet, men kan ikke benytte ganghjælpemiddel? ☐ Ja ☐ Nej
- Beskriv hvorfor:
- _____
- _____
- _____



Varighed af handicap

Vedvarende, mere end 1 år

☐ Ja

☐ Nej

Midlertidigt, mindre end 1 år

☐ Ja

☐ Nej

Oplysninger om ganghjælpemiddel

På grund af mit bevægelseshandicap bruger jeg (sæt kryds)

☐ Krykke(r)/Albuestok

☐ Gangstativ/Rollator

☐ Manuel kørestol

☐ Minicrosser

☐ Er bevægelseshæmmet, men kan ikke benytte ganghjælpemiddel

☐ Andet: _____

Behov i forbindelse med transporten (sæt kryds)

Behov for chaufførhjælp fra vogn til entrédør/bestemmelsessted

☐ Ja

☐ Nej

Behov for hjælp under transporten

☐ Ja

☐ Nej

Behov for ledsager før og/eller efter transporten

☐ Ja

☐ Nej

Behov for ledsager under transporten

☐ Ja

☐ Nej

Yderligere oplysninger som kan have betydning for ansøgningen:

Jeg erklærer hermed på tro og love, at egne oplysninger i skemaet er korrekte og er indforstået med, at der kan indhentes supplerende oplysninger omkring mit bevægelseshandicap.

Dato:

Underskrift:



Ansøgningsskema til optagelse i Flexhandicap

Hvem kan blive optaget i Flexhandicap?

Ifølge lovbekendtgørelse nr. 412 af 11/04/2014 §11 skal trafikselskabet, etablere individuel handicapkørsel, for svært bevægelseshæmmede over 18 år, der rækker ud over transport til behandling, terapi og lignende.

For at blive medlem af Flexhandicap, skal du ansøge om at blive optaget i kørselsordningen. Det er Jammerbugt Kommune, der beslutter om du kan blive optaget.

Nedenstående betingelser skal være opfyldt:

- *Du skal være fyldt 18 år.*
- *Du skal være varigt svært bevægelseshæmmet.*
- *Du har en varig nedsat funktionsevne*
- *Du har fået bevilget et ganghjælpemiddel gennem kommunen, eller du er berettiget til et.*
- *Du kan ikke anvende offentlige transportmidler*
- *Blind/svagtseende* (Borgere hvis synsrest er 6/60 eller mindre på bedste øje med korrektion(optik), eller borgere med synsrest på over 6/60 med komplikationer, der medfører at, synsrestens værdi vurderes til at være lig med eller mindre end 6/60) Vedlæg kopi af lægejournal eller kopi af medlemskort til Dansk Blinde Samfund

Du skal være svært bevægelseshæmmet og følgende handicaps/sygdomme giver **ikke alene** adgang til kørselsordningen:

- *Lungesygdomme (f.eks. KOL)*
- *Psykiske sygdomme (f.eks. demens)*

Hvis du ønsker at benytte Flexhandicap og mener, at du er berettiget til optagelse, skal du udfylde dette ansøgningsskema og indsende det til din kommune. Du skal forvente at det kan tage op til 3 uger at behandle din ansøgning. Først når du har modtaget en godkendelse fra kommunen, kan du benytte flexhandicap.

Borgere som ikke kan optages i Flexhandicap, har mulighed for at benytte kørselsordningen **Flextur**, Flextur er et kørselstilbud, som alle borgere kan benytte. Ordningen er fra kantsten til kantsten, men til en højere takst end Flexhandicap.

Du kan læse mere om Flexhandicap og Flextur på Nordjyllands Trafikselskabs hjemmeside www.nordjyllandstrafikselskab.dk.

Ansøgningen sendes til:

Jammerbugt Kommune
Att.: Myndighedsafdelingen
Toftevej 43
9440 Aabybro