

Fjölskyldusvið Garðabæjar
Umsókn um ferðaþjónustu fatlaðra



Umsækjandi

Nafn:

Kennitala:

Heimili:

Póstnúmer:

Sveitarfélag:

Heimasími:

Farsími:

Vinnusími:

Netfang:

Tegund umsóknar:

Veldu tegund umsóknar:

- ☐ Frumumsókn
- ☐ Breyting
- ☐ Endurnýjun

Almennt:

Stutt lýsing á fötlun (sbr. nánar í fylgigögnum)

Opinber þjónusta sem viðkomandi nýtur

Aðilar sem geta veitt nánari upplýsingar

Hefur viðkomandi umráð yfir bíl ?*

- ☐ Já
- ☐ Nei

Fjölskyldusvið Garðabæjar
Umsókn um ferðaþjónustu fatlaðra

frh.

Óskir um fjölda ferða á mánuði:

Vinna:

Skóli:

Frjálsar ferðir:

Heildarfjöldi ferða á mánuði:

Fylgigögn:

- Skila þarf læknisvottorði þar sem fram kemur sjúkdómsgreining, lýsing á fötlun, notkun hjálpartækja og mat á göngugetu á jafnsléttu í metrum.
- Þegar um er að ræða ferðir í sjúkrahjálfun eða læknismeðferð þarf að tilgreina í vottorði fyrirhugaðan ferðafjölda og tímalengd hjálfunar eða meðferðar.