



Almennar upplýsingar

Nafn umsækjanda		Kennitala	
Lögheimili		Póstnúmer	
Heimilisfang (ef annað en lögheimili)		Póstnúmer	
Sími	GSM	Netfang	
Nafn notanda (ef yngri en 18 ára)		Kennitala	

Aðstandandi/tengiliður/forsjáraðili

Nafn	Tengsl	Sími

Notar umsækjandi hjálpartæki? Nei Já Hvaða? _____

Stutt lýsing á fötlun/hreyfihömlun _____

Þarf umsækjandi aðstoð til að komast í og úr bíl? Nei Já

Hefur umsækjandi fylgdarmann með sér? Nei Já

Hefur umsækjandi einhverja möguleika á öðrum ferðamáta? Nei Já

Er umsækjandi: 75% öryrki? Já Nei á endurhæfingarörorku? Já Nei

Hefur umsækjandi notið ferðapjónustu fatlaðra áður? Já Nei

Hefur umsækjandi fengið styrk til bifreiðakaupa eða bensínstyrk frá TR? Já Nei

Til hvers er sótt um þjónustu? (merkja má við fleiri en einn valkost)

 Vinna Skóli Hæfing Læknir Önnur erindi Hvaða: _____

Áætluð þörf fyrir þjónustu, fjöldi mánaða _____

Sótt er um _____ ferðir á mánuði

Fylgiskjöl: Læknisvottorð Annað

Nánari skýring ef það á við _____

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar í sambandi við umsókn þessa eru réttar. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á högum mínum sem hafa áhrif á þjónustumatið. Einnig er heimilt að skrá þessar upplýsingar í tölvu.

Dagsetning _____

Undirskrift umsækjanda _____

Hægt er að fá upplýsingar og skila inn umsóknum á þjónustumiðstöðina í þínu hverfi:

Þjónustumiðstöð Vesturbæjar – Vesturgarður, Hjarðarhaga 45-47, s. 411 1700
 Þjónustumiðstöð Miðborgar og Hlíða, Skúlagötu 21, s. 411 1600
 Þjónustumiðstöð Laugardals og Háaleitis, Síðumúla 39, s. 411 1500
 Þjónustumiðstöð Breiðholts, Álfabakka 12, s. 411 1300
 Þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts, Bæjarhálsi 1, s. 411 1200
 Þjónustumiðstöð Grafarvogs og Kjalarness - Miðgarður, Langaríma 21, s. 411 1400
Upplýsingar veitir einnig Símaver Reykjavíkurborgar s. 4 11 11 1

Afgreiðsla umsóknar:

Umsókn samþykkt: Umsókn sýnjað:

Tímabil þjónustu

Frá: _____

Til: _____

Dags. _____

Fjöldi ferða á mánuði: _____

Fyllist út af starfsmanni þjónustumiðstöðvarinnar

Ástæða umsóknar

- Hjólastólanotandi
- Blind/ur
- Annað sem hindrar almenningsvagnanotkun
- Hreyfihömlun sem hefur varað lengur en 3 mánuði, hversu lengi hefur hreyfihömlun varað _____
- Hreyfihömlun sem hefur varað skemur en 3 mánuði. (Félagslegar aðstæður sbr. 2. gr. reglna um akstursþjónustu eldri borgara 24. nóv. 2005)

Aðrar upplýsingar úr umsókn t.d. um aðra ferðamöguleika umsækjanda: _____

Umsögn tilvísunaraðila/ráðgjafa/læknis ef við á: _____

Umsögn/rökstuðningur starfsmanns: _____

Undirskrift starfsmanns þjónustumiðstöðvar