



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

Stutt lýsing á fötlun/hreyfihömlun _____

Notar umsækjandi hjálpartæki? Já _____ Nei _____ Hvaða? _____

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

Hefur umsækjandi fylgdarmann með sér? Já _____ Nei _____

Hefur umsækjandi einhverja möguleika á öðrum ferðamáta? Já _____ Nei _____

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 11

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

Afgreiðsla starfshóps:

Umsókn samþykkt? Já _____ Nei _____

Samþykktur fjöldi ferða á mánuði _____

Tímabil þjónustu:

Dags. frá: _____ Dags. til: _____