HÓPBÍLAR

UMSÓKN UM FERÐAÞJÓNUSTU FYRIR ALDRAÐA

☐ **Frumumsókn** ☐ **Breytingar** ☐ **Endurnýjun**

Nafn		Kennitala
Heimili	Póstnr.	Sími

Stutt lýsing á fötlun (sbr.nánar í fylgigögnum):

Aðilar sem geta veitt frekari upplýsingar:

Í hvaða tilgangi á að nota ferðaþjónustuna:

Ferðafjöldi sem óskað er eftir á mánuði:

Sérfræðiþjónusta _____ Sjúkraþjálfun _____ Heildarfjöldi ferða á mánuði _____

Opinber þjónusta sem viðkomandi nýtur

Hefur viðkomandi umráð yfir bíl? Já ____ Nei ____

_____ _____

Dagsetning Undirskrift

Skila þarf skriflegri umsókn sjúkraþjálfara eða annars fagmanns, t.d. læknis, um þörf á ferðaþjónustu, fjölda ferða og tímalengd þjálfunar eða endurhæfingar.