

Hvem kan blive optaget i Flexhandicap?

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

*Lovens vejledende minimumskrav er 18 år (for Frederikshavn Kommune er kravet 16 år). Loven definerer brugergruppen, der som minimum kan visiteres til handicapkørsel, som borgere, som varigt er svært bevægelseshæmmet. Svært bevægelseshæmmede defineres som fysisk handicappede, der er bevilget et ganghjælpemiddel til støtte for gangfunktionen. Det betyder, at du af kommunen skal være bevilget (eller være berettiget til) et ganghjælpemiddel, for at kunne blive optaget i kørselsordningen. Du kan læse mere på [www.frederikshavn.dk](http://www.frederikshavn.dk)*

*Loven beskriver også at følgende handicaps/sygdomme **ikke alene** giver adgang til kørselsordningen:*

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

Borgere som ikke kan optages i Flexhandicap, har mulighed for at benytte kørselsordningen **Flextur**, der er et lignende kørselstilbud, på samme vilkår som øvrige borgere. Flextur er et kørselstilbud fra kantsten til kantsten, og til en højere takst end Flexhandicap.

*Du kan læse mere om Flexhandicap og Flextur på Nordjyllands Trafikselskabs hjemmeside [www.nordjyllandstrafikselskab.dk](http://www.nordjyllandstrafikselskab.dk)*

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 4 uger at behandle din ansøgning.

Ansøgning sendes til:

**Frederikshavn Kommune  
Kørselskontoret  
Rådhus Alle 100  
9900 Frederikshavn**



### Ansøgning om Flexhandicap – udfyldes af borger

*Navn:		*Cpr. nr.:	
*Adresse:		*Telefon	Mobil
*Postnr.:	*By:	Email:	

\* feltet skal udfyldes

#### 1. Beskrivelse af handicap/mobilitet (sæt kryds)

- Blind / svagtseende (Dokumentation for nedsat syn på 10% (6/60) eller mindre **skal vedlægges**. F.eks. medlemskort fra dansk blindesamfund)
- Lungelidelse (fx KOL)
- Demens
- Fysisk bevægelseshæmmet (beskriv):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Andet (beskriv):
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

#### 2. Varighed af handicap

Vedvarende, mere end et år

Midlertidigt, mindre end et år

**Ja**



#### 3. Mobilitet (sæt kryds)

Anvender du ganghjælpemiddel der er bevilget af kommunen?

**Ja**

**Nej**

#### 4. Oplysning om ganghjælpemiddel

På grund af dit bevægelseshandicap bruger du (sæt kryds)

- Krykke(r) / albuestok
- Gangstativ / rollator
- Manuel kørestol
- El-kørestol
- Er bevægelseshæmmet, men kan ikke benytte ganghjælpemiddel – På grund af:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



**5. Behov i forbindelse med transporten (sæt kryds)**

Behov for hjælp fra chauffør til/fra gadedør

**Ja Nej**

**Eller**

Behov for ledsager i forbindelse med transporten

Hvis ja beskriv hvorfor:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. 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 bevægelsehandicap. (Hvis andre end ansøger skriver under skal værgebeskikkelsen vedlægges)

\_\_\_\_\_

Dato

Underskrift

INDHOLD Databeskyttelsesrådgiver