



## Ansøgning vedr. synsvanskeligheder

Vær opmærksom på, at du som udgangspunkt skal være blevet undersøgt af en øjenlæge inden for det seneste år, for at vi kan hjælpe dig.

### Oplysninger om ansøger

Cpr-nummer	
For- og mellemnavn(e)	
Efternavn	
Adresse	
Postnummer og by	
Telefonnummer	

### Pårørende

Angiv eventuelt kontaktoplysninger på en pårørende, som vi kan kontakte, hvis der bliver behov for det.

Navn	
Relation	
Telefonnummer	

### Er du pensionist?

Ja	<input type="checkbox"/>
Ja, men fortsat i erhverv	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>



### Hvilken uddannelse har du?

--

### Er du i job?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilket erhverv?
Nej	<input type="checkbox"/> Hvad er dit seneste erhverv?

### Er du sygemeldt?

Ja, fuldtidssygemeldt	<input type="checkbox"/>
Ja, deltidssygemeldt	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.)	<input type="checkbox"/> Uddyb venligst
Navn og telefonnummer på eventuel jobkonsulent	

### Befordring

*I særlige tilfælde, hvor du ikke kan færdes på egen hånd, kan du gennem din kommune blive visiteret til kørsel (befordring) med Flexhandicap til og fra din aftale hos os.*

*Du er **ikke** berettiget til kørsel med Flexhandicap, hvis du selv er i stand til at bevæge dig ud til din kantsten, og skal derfor selv sørge for transporten, f.eks. med ordningen Flextur.*

*Du kan læse mere om kørsel til Kommunikationscentret på vores hjemmeside [kc.hillerod.dk](http://kc.hillerod.dk) (under "For borgere" > "Praktiske informationer").*

Ja, jeg har brug for befordring	<input type="checkbox"/> Hvorfor?
Nej, jeg har ikke brug for befordring	<input type="checkbox"/>



**Ønsker du udredningen foretaget i hjemmet eller på Kommunikationscentret?**

*Hvis du ønsker det, kan én af vores synskonsulenter komme hjem til dig og foretage udredningen, ellers vil udredningen foregå på Kommunikationscentret.*

Jeg ønsker udredning i hjemmet	<input type="checkbox"/>
Jeg ønsker udredning på Kommunikationscentret	<input type="checkbox"/>
Ved ikke	<input type="checkbox"/>

**Har du behov for tolk?**

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilket sprog?
Nej	<input type="checkbox"/>

**Min henvendelse er i forhold til**

Mit privatliv	<input type="checkbox"/>
Mit job	<input type="checkbox"/>
Mit privatliv og mit job	<input type="checkbox"/>

**Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?**

--



## Min henvendelse drejer sig om

Markér en eller flere

<input type="checkbox"/> Udfordringer med at læse og skrive (f.eks. aviser, ugeblade, breve, indkøbssedler mv.)
Beskriv dine udfordringer med at læse og skrive.
<input type="checkbox"/> Udfordringer med at læse teksterne på TV
Beskriv dine udfordringer med at læse teksterne på TV
<input type="checkbox"/> Udfordringer med at læse på computer/tablet
Beskriv dine udfordringer med at læse på computer/tablet
<input type="checkbox"/> Udfordringer med at lave mad/klare mig i køkkenet
Beskriv dine udfordringer med at lave mad/klare dig i køkkenet
<input type="checkbox"/> Udfordringer med at færdes ude
Beskriv dine udfordringer med at færdes ude
<input type="checkbox"/> Problemer med lysfølsomhed
Beskriv dine problemer med lysfølsomhed

*Fortsættes på næste side*



<input type="checkbox"/> Belysning
Beskriv dine udfordringer med belysning
<input type="checkbox"/> Andet
Beskriv, hvad din henvendelse ellers drejer sig om

**Beskriv dit behov/hvad du ønsker hjælp til**

--

**Kender du selv din øjendiagnose og/eller din synsevne (benævnes ofte Visus)?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja:</i>	
Øjendiagnose	
Synsevne (Visus) – højre øje	
Synsevne (Visus) – venstre øje	

**Ser du dobbelt?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>



**Har du nogen synshjælpemidler, f.eks. lup, luplampe mv.?**

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilke synshjælpemidler har du?
Nej	<input type="checkbox"/>

**Kører du bil?**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, da jeg ikke har kørekort
<input type="checkbox"/> Nej, da jeg har kørselsforbud (f.eks. ved blodprop)	<input type="checkbox"/> Nej, da jeg har nedsat syn

**Har du været hos en lokal optiker inden for det seneste år?**

Ja	<input type="checkbox"/> Navn og adresse på lokal optiker
Nej	<input type="checkbox"/>

**Har du en separat læsebrille?**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/> Hvis din diagnose er AMD, og du kun har en flerstyrkebrille, anbefaler vi, at du kontakter en lokal optiker med henblik på at få en separat læsebrille, inden du sender din ansøgning til os.

**Praktiserende øjenlæge**

Navn og adresse på praktiserende øjenlæge	
Cirka årstal for dit seneste besøg	



### Øjenafdeling

Hvis du er/har været tilknyttet en øjenafdeling på et hospital, så angiv venligst hvor	
Cirka årstal for dit seneste besøg	

### Har du andre funktionsnedsættelser, f.eks. hørenedsættelse, gigt mv.?

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilke andre funktionsnedsættelser har du?
Nej	<input type="checkbox"/>



### Supplerende oplysninger

Her har du mulighed for at angive supplerende oplysninger til spørgeskemaet

--

---

**Dato**

**Underskrift**

**Hvis denne blanket er udfyldt af andre end vedkommende selv, angiv oplysninger nedenfor:**

Navn	
Relation til vedkommende	
Telefonnummer	

---

**Dato**

**Underskrift**

### Bilag

Hvis du selv ligger inde med dokumenter, der er relevante i forhold til din henvendelse, må du meget gerne sende kopier af dokumenterne til os sammen med din ansøgning.

Relevante dokumenter kan f.eks. være dokumenter fra sygehus, praktiserende øjenlæge eller lignende.





## Samtykkeerklæring

### Samtykke til indhentning og videregivelse af personoplysninger

Ved at give samtykke, giver du Kommunikationscentret lov til at indhente oplysninger, således at din sag kan blive bedst muligt belyst. Samtidig giver du Kommunikationscentret lov til at videregive oplysninger, således at kommunen kan behandle en eventuel ansøgning fra dig om specialundervisning og/eller hjælpemidler.

### Tilbagekaldelse

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at henvende dig til Kommunikationscentret på telefon 7232 3800 eller ved at skrive til os via Digital Post. Tilbagekaldelse af samtykke vedrører kun den fremtidige indhentning og videregivelse af oplysninger.

Navn	
CPR-nr.	

### Jeg giver samtykke til, at Kommunikationscentret i Hillerød må:

**Indhente og videregive** oplysninger, der er nødvendige for behandling af min sag, fra læge, hospital, speciallæger, kommune og andre relevante leverandører.

---

**Dato**

**Underskrift**