



## Ansøgning vedr. Stammen og/eller løbsk tale

### 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 virtuel udredning og/eller undervisning, hvis det er muligt?**

*Hvis vi vurderer, at det er relevant, vil det i nogle tilfælde være muligt at foretage udredning og/eller undervisning virtuelt.*

Ja, jeg ønsker virtuel udredning/undervisning, hvis det er muligt	<input type="checkbox"/>
Nej, jeg ønsker ikke virtuel udredning/undervisning	<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?**

--



**Jeg har vanskeligheder med:**

Stammen	<input type="checkbox"/>
Løbsk tale*	<input type="checkbox"/>
Andet – uddyb, hvad du ellers har vanskeligheder med	

\* *Løbsk tale er et kommunikationsproblem, hvor talen er så hurtig, utydelig eller usammenhængende, at du kan være svær at forstå.*

**Har du andre sproglige vanskeligheder eller diagnoser?**

*f.eks. ordblindhed, ADHD, autismspektrumforstyrrelser mv.*

--

**Har du tidligere modtaget undervisning i forbindelse med stammen og/eller løbsk tale?**

Ja	<input type="checkbox"/> Hvilken undervisning, hvor og hvornår?
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.



## 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**