



Ansøgning vedr. bevægeevanskeligheder

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	☐ Hvad er dit seneste erhverv?
Ja, men fortsat i erhverv	☐
Ja, førtidspensionist el.lign.	☐ Hvad er dit seneste erhverv?
Nej	☐



Hvilken uddannelse har du?

--

Er du i job?

Ja	☐ Hvilket erhverv?
Nej	☐ Hvad er dit seneste erhverv?

Er du sygemeldt?

Ja, fuldtidssygemeldt	☐
Ja, deltidssygemeldt	☐
Nej	☐
Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.)	☐ 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 (under "For borgere" > "Praktiske informationer").

Ja, jeg har behov for befordring	☐ Hvorfor?
Nej, jeg har ikke behov for befordring	☐

Hjemmebesøg

Hvis du grundet din funktionsnedsættelse ikke er i stand til at møde op på Kommunikationscentret, kan vi i nogle tilfælde foretage hjemmebesøg.

Ja, jeg har behov for hjemmebesøg	☐ Hvorfor?
Nej, jeg har ikke behov for hjemmebesøg	☐

Har du behov for tolk?

Ja	☐ Hvilket sprog?
Nej	☐

Min henvendelse er i forhold til

Mit privatliv	☐
Mit job	☐
Mit privatliv og mit job	☐

Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?

--



Hvad drejer din henvendelse sig om?

Markér en eller flere

☐ Skriftlig kommunikation grundet fysisk funktionsnedsættelse	☐ Betjening af teknologiske arbejdsredskaber i jobfunktion (f.eks. telefon, tablet, computer)
☐ Betjening af hverdagsteknologi (f.eks. telefon, tablet, computer, tv)	☐ Kommunikationshjælpemidler (f.eks. en talemaskine)
☐ Andet	

Beskriv om muligt dit behov/hvad du ønsker hjælp til her

--

Har du været indlagt på sygehus i forbindelse med din funktionsnedsættelse?

Ja	☐
Nej	☐
Hvis ja:	
Navn på sygehus og eventuelt afdeling	
Periode	



Har du modtaget anden behandling i forbindelse med din funktionsnedsættelse, f.eks. hos neurolog, reumatolog eller anden speciallæge?

Ja	☐
Nej	☐
<i>Hvis ja:</i>	
Hvilken type speciallæge har du modtaget behandling hos?	
Navn og adresse på speciallægen	
Hvornår har du modtaget behandling hos speciallægen?	



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 læge, sygehus, speciallæge el.lign.



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