

Umsókn um:
Ferðapjónusta fatlaðs fólks
Akstursþjónustu eldri borgara

Nafn umsækjanda		Kennitala	
Lögheimili		Póstnúmer	
Heimilisfang (ef annað en lögheimili)		Póstnúmer	
Sími	Farsími	Netfang	

Aðstandandi/tengiliður/forsjáraðili		
Nafn:	Tengsl:	Sími:

Er umsækjandi innlagður á sjúkrastofnun? Já _____ Nei _____

Notar umsækjandi hjálpartæki? Já _____ Nei _____ Hvaða? _____

Ástæða umsóknar? _____

Hefur umsækjandi aðstoðarmann með sér? Já _____ Nei _____

Er umsækjandi fær um að nota almenningssamgöngur? Já _____ Nei _____

Hefur umsækjandi fengið styrk til bifreiðakaupa eða bensínstyrk frá TR? Já _____ Nei _____

Fyrirhuguð erindi? (merkja má við fleiri en einn valkost)

Skóli Vinna Hæfing/endurhæfing

Félagsstarf Dagvist Annað

Sótt er um _____ ferðir á mánuði í _____ mánuði.

Þjónustumiðstöð er heimilt að óska eftir læknisvottorði þegar þörf er á nánari upplýsingum um fötlun umsækjanda.

Nánari skýring ef það á við _____

Ég votta með undirskrift minni að allar upplýsingar sem ég veiti í sambandi við umsókn þessa eru réttar og veiti starfsfólki umboð til að afla upplýsinga hjá Tryggingastofnun ríkisins. Ég skuldbind mig til þess að láta vita um breytingar á höfum mínum sem hafa áhrif á þjónustumatið.

Dagsetning

Undirskrift umsækjanda

Hægt er að fá upplýsingar og skila inn umsóknum á þjónustumiðstöðina í þínu hverfi:

Þjónustumiðstöð Vesturbæjar – Vesturgarður, Hjarðarhaga 45-47, s. 411 1700
Þjónustumiðstöð Miðborgar og Hlíða, Laugavegi 77 s. 411 1600
Þjónustumiðstöð Laugardals og Háaleitis, Síðumúla 39, s. 411 1500
Þjónustumiðstöð Grafarvogs og Kjalarness – Miðgarður, Gylfaflöt 5, s. 411 1400
Þjónustumiðstöð Breiðholts, Álfabakka 12, s. 411 1300
Þjónustumiðstöð Árbæjar og Grafarholts, Hraunbæ 115, s. 411 1200

Upplýsingar veitir einnig Þjónustuver Reykjavíkurborgar s. 4 11 11 11