



GARÐUR

Umsókn um akstur fyrir fatlaða

Skv. reglum Garðs um þjónustu fyrir fatlaða

Nafn umsækjanda: _____

Heimilisfang: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Býr umsækjandi einn: Já _____
Nei _____

Nafn forráðmanns: _____

Heimilisfang: _____

Kennitala: _____ Sími: _____

Ástæða umsóknar: _____

Hefur umsækjandi notað akstur fyri fatlaða áður: Já Nei

Ef já, tilgreindu hvar og hvernær: _____

Undirskrift umsækjanda eða forráðamanns og dagsetning.

Með umsókn þessari skal fylgja læknisvottorð eða umsögn frá svæðisskrifstofu fatlaðra, þar sem fram kemur fötlunar og mat á þörf fyrir ferðaþjónustu



GARÐUR