



Ansøgnings- /visitationsskema til ledsageordning

Ansøgers navn: _____

Ansøgers Adresse: _____

Postnr. _____ By: _____

Ansøgers cpr.nr. _____ Tlf.nr. _____

Ledsagelse ønskes fast til:

Formål/Aktivitet	Tidspunkt	
	fra kl.	til kl.
_____	mandag	_____
_____	tirsdag	_____
_____	onsdag	_____
_____	torsdag	_____
_____	fredag	_____
_____	lørdag	_____
_____	søndag	_____

Ledsagelse ønskes efter behov til:

Skriv formål/aktivitet: _____

og forventet tidsforbrug: _____

Hvad skal ledsageren hjælpe med:

Særlige hensyn, der bør tages i forbindelse med ledsagelsen:

Hvad er dit handicap?



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

Nuværende hjælpeforanstaltninger:

Hjemmehjælp	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Personlig hjælper (§96)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hjælpe midler	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke hjælpemidler: _____

Andet: _____

Kørsel:

Egen bil	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Invalidebil	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kører du selv bilen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kørsel for særlig bevægelses- handicappede (SBH-kørsel)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Øvrige bemærkninger: _____

Evt. navn på person, der ønskes som ledsager (bemærk betingelser i § 45, stk .3/§ 97, stk. 4)

Navn _____ cpr.nr. _____

Er der tale om en person med meget nær tilknytning til dem Nej Ja

Behandlere:

Deres alment praktiserende læges navn og telefonnummer

Evt. andre behandlere (f.eks. sygehus, speciallæge)

Dato: _____ Underskrift: _____



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

Skemaet sendes til: Faaborg-Midtfyn Kommune
Fagsekretariatet for Sundhed og Handicap
Graabjergvej 3A,
5856 Ryslinge

Samtykkeerklæring

Jeg giver hermed **samtykke** til, at kommunen kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold efter retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1, når dette har betydning for kommunens behandling af min ansøgning. Oplysningerne kan indhentes hos de myndigheder/sygehuse/læger, der er anført ovenfor under punktet Behandlere. Såfremt de ikke ønsker at give samtykke til kommunen, vil Deres sag blive behandlet på basis af de øvrige oplysninger, hvilket kan bevirke afslag på det ansøgte.

Dato

Ansøgers underskrift/evt. værges underskrift

Uddrag af lov om social service

§ 45. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 15 timers ledsagelse om måneden til unge mellem 16 og 18 år, som ikke kan færdes alene på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne. Dette gælder dog ikke for unge mellem 16 og 18 år, som har et døgnophold efter § 52, stk. 3, nr. 4, 5 og 8.

Stk. 2. En person, som er berettiget til ledsagelse, jf. stk. 1, har ret til selv at udpege en person til at udføre opgaven. Kommunen skal godkende og ansætte den udpegede person.

Stk. 3. Der kan normalt ikke ske ansættelse af personer med en meget nær tilknytning til den, der er berettiget til ledsagelse efter stk. 1.

Stk. 4. Modtageren kan opspare timer inden for en periode på 6 måneder. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte retningslinjer herfor.

§ 97. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde 15 timers ledsagelse om måneden til personer under 67 år, der ikke kan færdes alene på grund af betydelig og varigt nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne.

Stk. 2. Personer, der er visiteret til 15 timers ledsagelse om måneden ved det fyldte 67. år, jf. stk. 1, bevarer denne ret efter det fyldte 67. år.

Stk. 3. En person, som er berettiget til ledsagelse, jf. stk. 1 eller stk. 2, har ret til selv at udpege en person til at udføre opgaven. Kommunen skal godkende og ansætte den udpegede person.

Stk. 4. Der kan normalt ikke ske ansættelse af personer med en meget nær tilknytning til den, der er berettiget til ledsagelse efter stk. 1 eller stk. 2.

Stk. 5. Kommunalbestyrelsen kan beslutte at tilbyde personer, som er berettiget til ledsagelse, jf. stk. 1 eller 2, at få ydelsen udbetalt som et kontaktskud til en ledsager, som de pågældende selv antager. Det er frivilligt for den berettigede at benytte tilbuddet.

Stk. 6. Modtageren kan opspare timer inden for en periode på 6 måneder. Kommunalbestyrelsen skal fastsætte retningslinjer herfor.



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

Udfyldes af Fagsekretariatet for Sundhed og Handicap Faaborg-Midtfyn Kommune

Skema modtaget d.: _____

Vurdering af handicap og behov: _____

Andet: _____

Borgeren er berettiget til ledsageordning i henhold til Faaborg-Midtfyn kommunes retningslinier.

Ja Nej

Ovenstående er udfyldt af: _____

Bevilling:

Formål/Aktivitet: _____

Tidspunkt: _____

Dato: _____

Underskrift: _____

Bevillingsskrivelse sendt d. _____ til borgeren.