



## Umsókn um serflutning í Klaksvíkar Kommunu

Navn: \_\_\_\_\_

Føðingardagur og ár: \_\_\_\_\_

Bústaður: \_\_\_\_\_

Avvarðandi: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Teldupost: \_\_\_\_\_

Lækni: \_\_\_\_\_

Umsøkjarin nýtir hesi hjálpitól: \_\_\_Høkir \_\_\_Gangistativ \_\_\_Koyristól

Hvussu leingi kann rørslutarni væntans at halda á? \_\_\_Varandi \_\_\_Minni enn 1 ár \_\_\_Veit ikki

Hvat megnar tú at ganga? \_\_\_\_\_metrar uttan stuðul \_\_\_\_\_metrar við stuðli.

Hvat ynskja tygum at nýta bussin til ?

(Skal útfyllast)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Hvat er orsøkin til at onnur flutningstól ikki kunu nýtast?  
(Skal útfyllast)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Umstøður kring bústaðin, ið kunnu hava áhugað hjá bilførara:

Eru trappur uttanfyri? Ja Nei Lyft? Ja Nei

Grús? Asvalt? Ja Nei Er koyriandi til dyrnar? Ja Nei

Bygd/býur: \_\_\_\_\_ Tann: \_\_\_\_\_

Eg gevi Klaksvíkar Kommunu loyvi at fáa til vega upplýsingar fyri at lýsa støðuna nærri, og um neyðugt frá lækna.

Undirskrift: \_\_\_\_\_

At útfylla hjá fólki, ið ikki búa í Klaksvíkar Kommunu

Váttan frá heimstaðarkommununi ella stovni um, at hann/hon rindar sín part av flutningsgjaldinum.

Bygd/býur: \_\_\_\_\_ Tann: \_\_\_\_\_

Undirskrift: \_\_\_\_\_