

Tilmelding til hold hvor **der ønskes** befordring.

Udfyld venligst nedenstående samt befordringskemaet og send det til

Suka, Frødings alle 8, 1.sal, 2860 Søborg

BEFORDRING - BETALING

Suka fremsender befordringskemaet til deltagerens betalingskommune med anmodning om betalingstilsagn.

Hvis kommunen giver afslag, vil vi gerne på forhånd have tilsagn fra deltageren/personale/værge om deltageren evt. selv vil betale for kørslen.

Se under pkt. befordring om muligt tilskud fra ministeriet

I tilfælde af at kommunen giver afslag, vil deltageren selv betale

Nej ja vil gerne kontaktes for at høre nærmere

Elevnavn _____ Hold nr. _____

Kontaktperson _____ tlf. _____
(med blokbogstaver)

ANMODNING OM BEFORDRING til undervisning i SUKA
(Både kompenserende- speciel- og folkeoplysningsundervisning)

Befordringen kan kun iværksættes i de tilfælde, hvor eleven absolut ikke kan befordre sig selv, og hvor det ikke er muligt at stille en person til rådighed for at følge eleven til og fra undervisningsstedet.

!! Udfyldes med SORT p.g.a.kopiering!! Kun ét navn samt ét hold pr.skema !!

Navn: _____ cpr.nr. _____

Adresse: _____

Post nr.: _____ By: _____

E-mail (hvis elev bor på bosted bedes om kontorets e-mailadresse): _____

TELEFONNUMMER hvor chaufføren kan ringe hver gang inden afhentning: _____

Handlekommune: _____ Betalingskommune: _____

Evt.kontaktperson _____ Tlf. _____

Fag: _____ Holdnr.

Ugedag: _____ Fra kl. _____ Til kl. _____

Afhentes fra hjemadresse sæt kryds
eller anden udførlig adresse _____ Tlf: _____

Undervisningssted: _____

Hjemkørsel til hjemadresse sæt kryds
eller anden udførlig adresse _____ Tlf _____

Begrundelse for anmodningen (skal udfyldes): _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> kan gå ved egen hjælp | <input type="checkbox"/> bruger rollator | <input type="checkbox"/> skal have støtte |
| <input type="checkbox"/> sidder i manuel kørestol | <input type="checkbox"/> sidder i el kørestol | <input type="checkbox"/> sidder i sammenklappelig kørestol |
| <input type="checkbox"/> sukkersyge | <input type="checkbox"/> hjertesygdomme | |
| <input type="checkbox"/> Epilepsi samt forholdsregler v/anfald _____ | | |

Andet (evt. ledsager) _____

Anmoders underskrift

Skal udfyldes

Det bekræftes, at ovennævnte er ude af stand til at befordre sig selv.

Stempel:

Sagkyndig persons underskrift
Samt relation til elev (læge, socialrådgiver, institutionsleder)

***** Nedenstående udfyldes af Sukas kontor *****

Modtaget i SUKA den: _____

Af: _____

Start dato: _____

Antal undervisningsgange: _____

Fremsendt til kommunen: _____ d.: _____

Godkendt: _____