



Ansøgning vedr. stemme- og talevanskeligheder

OBS! Hvis dine stemmevanskeligheder skyldes f.eks. Parkinsons, MND, ALS, Sclerose el.lign. skal du i stedet udfylde ansøgningsskemaet for "Følger i forbindelse med neurologiske lidelser".

Oplysninger om ansøger

Cpr-nummer	
For- og mellemnavn(e)	
Efternavn	
Adresse	
Postnummer og by	
Telefonnummer	

Pårørende

Angiv eventuelt kontaktoplysninger på en pårørende, som vi kan kontakte, hvis der bliver behov for det.

Navn	
Relation	
Telefonnummer	



Min henvendelse drejer sig om:

Markér en eller flere

Stemmevanskeligheder	☐
Følgevirkninger efter mundhuleoperation	☐
Laryngektomi (hel eller delvis fjernelse af struben)	☐
Andet	☐

Besvar venligst de følgende underspørgsmål for de områder, du har markeret ovenfor.

Stemmevanskeligheder:

Uddyb gerne, hvilke udfordringer du henvender dig med?

--

Er du skrevet op til en stemmeoperation?

Ja	☐ Forventet dato eller tidsperiode for operationen:
Nej	☐

Navn og adresse på øre-næse-halslæge

--



Følgevirkninger efter mundhuleoperation:

Uddyb gerne, hvilke udfordringer du henvender dig med?

--

Operation og strålebehandling

Operationsdato		
Har du modtaget opfølgende strålebehandling?	Ja ☐	Nej ☐

Laryngektomi:

Uddyb gerne, hvilke udfordringer du henvender dig med?

--

Operation og strålebehandling

Operationsdato		
Har du modtaget opfølgende strålebehandling?	Ja ☐	Nej ☐

Andet:

Uddyb, hvad din henvendelse drejer sig om

--



Min henvendelse er i forhold til

Mit privatliv	☐
Mit job	☐
Mit privatliv og mit job	☐

Hvad er din beskæftigelse?

I job	☐
Sygemeldt	☐ Fuldtids- eller deltidssygemeldt?
Under uddannelse	☐ Hvilken uddannelse?
Pensionist	☐
Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.)	☐ Uddyb venligst

Befordring

*I særlige tilfælde, hvor du ikke kan færdes på egen hånd, kan du gennem din kommune blive visiteret til kørsel (befordring) med Flexhandicap til og fra din aftale hos os. Du er **ikke** berettiget til kørsel med Flexhandicap, hvis du selv er i stand til at bevæge dig ud til din kantsten, og skal derfor selv sørge for transporten, f.eks. med ordningen Flextur. Du kan læse mere om kørsel til Kommunikationscentret på vores hjemmeside kc.hillerod.dk (under "For borgere" > "Praktiske informationer").*

Ja, jeg har brug for befordring	☐ Hvorfor?
Nej, jeg har ikke brug for befordring	☐



Hjemmebesøg

Hvis du grundet din funktionsnedsættelse ikke er i stand til at møde op på Kommunikationscentret, kan vi i nogle tilfælde foretage hjemmebesøg.

Ja, jeg har behov for hjemmebesøg	☐ Hvorfor?
Nej, jeg har ikke behov for hjemmebesøg	☐

Har du behov for tolk?

Ja	☐ Hvilket sprog?
Nej	☐

Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?

--

Ønsker du hjælp?

Jeg ønsker at komme til udredning med henblik på at prøve at finde en løsning på mit stemme- og/eller taleproblem. Jeg er indforstået med, at dette sandsynligvis vil indebære et logopædisk undervisningsforløb, hvor det forventes, at jeg møder op til de indgåede aftaler, samt at jeg laver daglige øvelser fra gang til gang efter aftale med logopæden.	
<i>Et evt. undervisningsforløb kan først igangsættes, hvis det bevilliges af hjemkommunen.</i>	
Ja, jeg ønsker hjælp	☐



Supplerende oplysninger

Her har du mulighed for at angive supplerende oplysninger til spørgeskemaet

Dato

Underskrift

Bilag

Hvis du selv ligger inde med dokumenter, der er relevante i forhold til din henvendelse, må du meget gerne sende kopier af dokumenterne til os sammen med din ansøgning.

Relevante dokumenter kan f.eks. være dokumenter fra egen læge, hospital, øre-næse-hals-læge eller lignende.



Samtykkeerklæring

Samtykke til indhentning og videregivelse af personoplysninger

Ved at give samtykke, giver du Kommunikationscentret lov til at indhente oplysninger, således at din sag kan blive bedst muligt belyst. Samtidig giver du Kommunikationscentret lov til at videregive oplysninger, således at kommunen kan behandle en eventuel ansøgning fra dig om specialundervisning og/eller hjælpemidler.

Tilbagekaldelse

Du kan på et hvilket som helst tidspunkt trække dit samtykke tilbage. Det gør du ved at henvende dig til Kommunikationscentret på telefon 7232 3800 eller ved at skrive til os via Digital Post. Tilbagekaldelse af samtykke vedrører kun den fremtidige indhentning og videregivelse af oplysninger.

Navn	
CPR-nr.	

Jeg giver samtykke til, at Kommunikationscentret i Hillerød må:

☐ **Indhente og videregive** oplysninger, der er nødvendige for behandling af min sag, fra læge, hospital, speciallæger, kommune og andre relevante leverandører.

Dato

Underskrift



Hvis denne blanket er udfyldt af andre end vedkommende selv, angiv oplysninger nedenfor:

Navn	
Relation til vedkommende	
Telefonnummer	

Dato

Underskrift