



Ansøgning vedr. stemmetransformation til transpersoner, detransitionerede og non-binære personer

Vær opmærksom på, at vi kun har mulighed for at hjælpe borgere, der er i kontakt med eller i forløb hos Sexologisk Klinik/Center for Kønsidentitet (CKI). Hvis du ikke er det, skal du derfor først kontakte CKI, hvorefter du kan udfylde og sende ansøgningsskemaet til os.

Oplysninger om ansøger

Cpr-nummer	
For- og mellemnavn(e)	
Foretrukket kaldenavn	
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	



Er du pensionist?

Ja	☐
Ja, men fortsat i erhverv	☐
Nej	☐

Hvilken uddannelse har du?

--

Er du i job?

Ja	☐ Hvilket erhverv?
Nej	☐ Hvad er dit seneste erhverv?

Er du sygemeldt?

Ja, fuldtidssygemeldt	☐
Ja, deltidssygemeldt	☐
Nej	☐
Andet (f.eks. fleksjob, jobafklaring el.lign.)	☐ Uddyb venligst
Navn og telefonnummer på eventuel jobkonsulent	



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	☐

Ønsker du virtuel udredning og/eller undervisning, hvis det er muligt?

Hvis vi vurderer, at det er relevant, vil det i nogle tilfælde være muligt at foretage udredning og/eller undervisning virtuelt.

Ja, jeg ønsker virtuel udredning/undervisning, hvis det er muligt	☐
Nej, jeg ønsker ikke virtuel udredning/undervisning	☐

Har du behov for tolk?

Ja	☐ Hvilket sprog?
Nej	☐

Min henvendelse er i forhold til

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

Hvor har du hørt om Kommunikationscentrets tilbud?

--



Har du været i kontakt med Sexologisk klinik/Center for Kønsidentitet (CKI)?

Ja	☐ Hvor langt er du i dit forløb?
Nej	Vi har kun mulighed for at hjælpe borgere, der er i kontakt med eller i et forløb hos Sexologisk klinik/CKI. Du skal derfor først kontakte CKI, hvorefter du kan udfylde og sende ansøgningsskemaet til os.

Jeg ønsker hjælp til:

At gøre stemmen lysere (feminin)	☐
At gøre stemmen dybere (maskulin)	☐
At gøre stemmen androgyn (kønsneutral)	☐

Er du under hormonbehandling med testosteron?

Ja	☐ Hvornår startede du ca. på behandlingen?
Nej	☐
Ikke relevant for mig	☐

Har du været ved øre-næse-halslæge?

Ja	☐ Hvor og hvornår blev du undersøgt?
Nej	☐



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 Sexologisk Klinik/Center for Kønsidentitet (CKI) 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