**IKT Specialrådgivning**

**Henvisning om IKT-hjælpemiddel – Serviceloven**

Udfyldes og sendes til [csu-ikt@holb.dk](mailto:csu-ikt@holb.dk)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Henvisende instans: kommune eller institution. | EAN nr. | |
| Sagsbehandler / telefon / mail | | |
| Ledsager ved afprøvning | | |
|  | | |
| Henvisningen vedrører (navn) | Cpr.nr. | Telefon / mail |
| Adresse: | Postnr./By: | |
|  | | |
| Beskriv kort baggrunden for henvisningen og den nedsatte funktionsevne | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Andre relevante oplysninger, f.eks. særlige hensyn, sociale forhold, boligforhold o.a. | |
|  | |
| Har tidligere fået bevilget kommunikationshjælpemiddel | |
|  | |
| Benytter følgende hjælpemidler | |
|  |  |
| Dato: | Underskrift/stempel: |