



VARA KOMMUN

Ansökan om färdtjänst

Personnummer: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

Vilka funktionshinder har ni som ligger till grund för ansökan om färdtjänst?

Är funktionsnedsättningen bestående minst 3 månader? Ja Nej

Kan ni åka med allmänna kommunikationsmedel, såsom tex buss eller Närtrafik? Ja Nej

Om ni svarar nej, varför inte?

Kan ni förflytta er utomhus? Ja Nej i så fall hur långt, ca _____ m

Klarar ni att:

Förflytta er till närmaste hållplats? Ja Nej

Gå i trappor? Ja Nej

Stiga på/av en buss? Ja Nej

Hur färdas ni för närvarande:



VARA KOMMUN

Vilka förflyttningshjälpmedel använder ni?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rullstol, (ej hopvikbar) | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Hopvikbar rullstol | <input type="checkbox"/> Elrullstol |
| <input type="checkbox"/> Permobil | <input type="checkbox"/> Stödkäpp/ krycka/ bock |
| <input type="checkbox"/> Annat | <input type="checkbox"/> Inga förflyttningshjälpmedel används |

När används förflyttningshjälpmedlet?

- Alltid
- Ibland
- Inomhus
- Utomhus

Färdsätt

- Personbil
- SPC fordon (handikapps buss)

Färdtjänsttyp

- Färdtjänst
- Fasta återkommande resor

Egenskaper

- Normalåkare
- Allergiker
- Kan ej åka tillsammans med andra resenärer

Jag är i behov av hjälp till och från bilen Ja Nej

Jag är i behov av hjälp i bilen under färd Ja Nej



VARA KOMMUN

Vid alla nyansökningar behöver utlåtande från legitimerad vårdpersonal bifogas ansökan.

- Utlåtande bifogas med ansökan
- Utlåtande skickas in i efterhand

Intygande

Jag har fått information om Färdtjänsten och om hur ärendet kommer att handläggas samt jag är medveten om att nödvändiga uppgifter om mig kan behöva inhämtas från myndighet eller enskild. Jag efterger sekretess och lämnar samtycke till att handläggaren hos annan verksamhet inom kommun/ region, annan kommun eller enskild inhämta uppgifter som är erforderliga för att kunna fatta beslut i mitt ärende.

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.

Jag förbinder mig att till handläggaren för färdtjänst meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst.

Underskrift

Datum:

Namnsteckning: _____

Handläggningstid ca 10 arbetsdagar efter att samtliga erforderliga underlag inkommit till handläggaren.

Vid eventuella frågor kontakta Kontaktcenter: 0512/31 000

Ansökan skicka till:

Vara kommun
Individ och familjeomsorgen Färdtjänst
534 81 Vara