



| | |
|---|---|
| Personnummer: | |
| Namn: | |
| Adress | |
| Postnummer: | Ort |
| Telefonnummer: | |
| Vilka funktionshinder har ni som gör att ni söker färdtjänst? | |
| | |
| Är funktionsnedsättningen bestående minst 3 månader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Kan ni åka allmänna kommunikationsmedel, såsom ex buss? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Om ni svarar nej, varför inte? | |
| Klarar ni att förflytta er utomhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej i så fall hur långt,meter | |
| Klarar ni att: | |
| Förflytta er till närmaste busshållplats? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Gå i trappor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Stiga på/av en buss? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Hur färdas ni för närvarande? | |
| Vilka hjälpmedel använder ni? | |
| <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Hopvikbar rullstol | <input type="checkbox"/> Stödkäpp/krycka/bock |
| <input type="checkbox"/> Elrullstol | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Permobil | <input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel |
| Hjälpmedlet används <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> utomhus <input type="checkbox"/> Inomhus | |

| | |
|---|--|
| Färdsätt <input type="checkbox"/> Personbil | <input type="checkbox"/> Specialfordon (handikappbuss) |
| Färdtjänsttyp <input type="checkbox"/> Färdtjänst | <input type="checkbox"/> Omsorgsresor: Resor till och från daglig verksamhet <input type="checkbox"/> Arbetsresor: Bifoga anställnings/utbildningsbevis |
| Egenskaper <input type="checkbox"/> Normalåkare <input type="checkbox"/> Allergiker <input type="checkbox"/> Kan ej åka tillsammans med andra resenärer Behöver ni hjälp till och från bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Är ni i behov av hjälp i bilen under färden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Intygande <i>Jag har fått information om Färdtjänsten och om hur ärendet kommer att handläggas och 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 verksamhetsgren inom kommun/region eller annan kommun eller hos enskild inhämta de uppgifter som är erforderliga för att kunna fatta beslut i mitt ärende.</i> <i>Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.</i> <i>Jag förbinder mig att till färdtjänsten meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst</i> | |
| Underskrift Datum Namnteckning | |

Intyg om behov av färdtjänst från läkare skall bifogas ansökan.

Observera att bifogad bilaga även skall fyllas i.

Handläggningstid av ansökan är maximalt 10 arbetsdagar från inkommande datum förutsatt att samtliga underlag för ett beslut finns.

Bilaga till ansökan

Uppgifter som skall tillföras utredning gällande nyansökningar

Bakgrund, intressen och vanor (till exempel vad ni har arbetat med, föreningsintresse)

Boende- och familjeförhållande (gärna uppgifter om till exempel anhöriga namn och telefon)

Aktuell situation och funktionshinder