



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

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 t.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, ca.....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"/> Arbetsresor från bostad till:.....
Egenskaper	
<input type="checkbox"/> Normaläkare	
<input type="checkbox"/> Allergiker	
<input type="checkbox"/> Ensamåkare	
Behöver ni hjälp till och från bilen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Behöver ni hjälp under resan? <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 (t.ex. vad ni har arbetat med, föreningsintresse m.m.)
Boende- och familjeförhållande (gärna uppgifter om t.ex. anhöriga namn och tel)
Aktuell situation och funktionshinder