



## Ansökan om färdtjänst

Sida 1 (2)

### Personuppgifter sökande

Namn		Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbete (även riktnummer)	Mobiltelefonnummer
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Nyansökan <input type="checkbox"/> Förlängning <input type="checkbox"/> Ändring av tillståndsnivå <input type="checkbox"/> Dispens		
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, ange vilket språk	

### Anledning till ansökan

Beskriv varför du har svårt att åka med kollektivtrafiken


### Hur många resor per månad gör du för närvarande med kollektivtrafiken?

Buss ggr/månad	Anropsstyrd trafik ggr/månad	<input type="checkbox"/> Reser ej med kollektivtrafik
Klarar du att resa ensam med kollektivtrafiken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om nej, kan du resa med hjälp av en annan person? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om du inte reser med kollektivtrafiken, hur reser du då?		

### Hjälpmedel

Använder du gånghjälpmedel? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, isåfall vilket?
Ungefär hur långt du kan gå? (antal meter med eventuella gånghjälpmedel)	
Klarar du att gå i trappor? <input type="checkbox"/> Ja, ensam <input type="checkbox"/> Ja, med hjälp <input type="checkbox"/> Nej	
Om du använder rullstol, behöver du i såfall sitta kvar i den under resan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Behov av hjälp i samband med resan**
 Jag kan själv ta mig till bilen

 Jag behöver hjälp med att ta mig till bilen

Föraren kan hjälpa dig från bostaden och in i bilen. Hjälp med bälte, bagage och hjälpmedel ingår.

 Jag behöver mer hjälp i samband med resan än jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare

Ange vad du behöver hjälp med

**Bilagor som eventuellt bifogas**
 Läkarintyg

 Kopia av förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud

 Annan bilaga, t.e.x mer information om utrymmet i blanketten inte är tillräckligt
**Kontaktuppgifter**

Vem ska kontaktas angående ansökan?

 Sökande

 Annan person, fyll i relation och kontaktuppgifter nedan

 Närstående

 God man

 Förvaltare

 Ombud

Namn

Telefonnummer bostad

Telefonnummer arbete

Mobil

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst meddelar jag omgående färdtjänsthandläggaren.

**Sökandens namnunderskrift**

De personuppgifter som är nödvändiga för ansökan kommer att behandlas enligt 23-25 §§ Personuppgiftslagen i personregister hos socialförvaltningen. Om du beviljas färdtjänst registreras uppgifter som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter hos beställningscentral och transportföretag.

 Jag godtar att kontakt tas med och att uppgifter som har betydelse för ansökan inhämtas från kommunen, landstinget eller andra myndigheter.

 Jag godtar inte

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Ort och datum

Telefonnummer (även riktnummer)

**Ansökan skickas till:**

Socialkontoret  
Stöd vuxna och äldre  
591 86 Motala