


**Ansökan om färdtjänst**
**Personuppgifter**

Namn		Personnummer
Adress		Postadress
Telefonnummer (inkl riktnummer) Mobilnummer		Folkbokföringskommun
Antal våningar till bostaden		Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Eventuell god man/förvaltare eller vårdnadshavare. Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas.		
Namn		Telefon (även riktnummer) Mobilnummer
Adress		Postadress

**Funktionshinder (art och omfattning)**

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder	
Bifogas läkarintyg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Läkarintyg skickas direkt av undersökande läkare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

**Hjälpmedel vid förflyttning**

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Stödkäpp/krycka	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Annat, ange vad
<input type="checkbox"/> Kryckor	<input type="checkbox"/> Permobil	.....
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp för synskadade	<input type="checkbox"/> Elmoped/Skoter (tillåts ej i färdtjänsten)

**Gångsträcka**

Antal meter eller uppskattad sträcka som jag kan förflytta mig (med eller utan hjälpmedel)	Meter:
Jag kan gå i vanliga trappor	
<input type="checkbox"/> Ja, utan svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med vissa svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med väsentliga svårigheter <input type="checkbox"/> Nej, inte alls	
Avstånd till närmaste hållplats för landsvägsbuss .....meter	

**Nuvarande färd sätt**

<input type="checkbox"/> Kör bil själv	<input type="checkbox"/> Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand, med vissa svårigheter.
<input type="checkbox"/> Närtrafik	<input type="checkbox"/> Jag kan endast resa med allmänna kommunikationer om någon person följer med och hjälper mig.
<input type="checkbox"/> Landsvägsbuss	<input type="checkbox"/> Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer.
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket	
.....	

**Hjälppbehov**

Jag kan själv ta mig till bilen/fordonet

Jag behöver hjälp av chauffören till bilen/fordonet

Jag behöver färdas sittande i rullstol (specialfordon)

Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla mm) och behöver ta med en medresenär.

Jag behöver mera hjälp under själva transporten i fordonet än vad jag kan få av chauffören och ansöker om att medföra ledsagare.

Ange hjälpbehovet under själva transporten i fordonet

Jag måste ta med behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning vid resa

Nej  Ja, ange vad

Behov av tolk?

Nej  Ja, ange språk

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är berättigad till eller är i behov av färdtjänst, kommer jag att meddela kommunens handläggare.

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt kan tas med intygsskrivande läkare, tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan, hemtjänstpersonal och att alla uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från dessa. Om medgivande till kontakt med intygsskrivande läkare eller annan tjänsteman/myndighet inte lämnas kan dessa strykas.

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Jag är införstådd med att de personuppgifter som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen, i personregister hos beställningscentral och hos transportföretag.

**Övriga upplysningar****Namnteckning (ansökan utan giltig namnteckning/fullmakt återsänds för komplettering)**

Ort och datum

Sökandes namnteckning

Namnförtydligande

Behjälplig vid ansökan

Telefon (även riktnummer)

Ansökan skickas till:

Färdtjänsthandläggare, Munkedals kommun, 455 80 Munkedal