



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Överkalix kommun

Socialförvaltningen

956 81 Överkalix

Datum:

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
Folkbokföringskommun	Telefonnummer
Legal företrädare eller vårdnadshavare (för minderåriga)	Legal företrädares telefonnummer
Legal företrädares eller vårdnadshavares bostadsadress	Legal företrädares postnr och ort
Haft färdtjänst tidigare? Ja sedan år Nej	Om ja, i vilken kommun? Behov av tolk? Om ja, vilket språk? Ja Nej
Ev. kontaktperson eller behjälplig med ansökan, namn och telefon	

*Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud bifogas ansökan

Funktionshinder (art och omfattning) och på vilket sätt och i vilken utsträckning jag har svårigheter att förflytta mig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder (t.ex nedsatt gångförmåga, orienteringshandikapp, allergier, annat)

Funktionshindrets varaktighet:

Mindre än 3 mån

3-6 mån

6-12 mån

Mer än 12 mån

Osäkert

Bifogas läkarutlåtande:

Ja

Nej

Läkarutlåtande skickas in direkt av undersökande läkare:

Ja

Nej

Eventuella gånghjälpmedel

Jag använder gånghjälpmedel	Ja	Nej	Om ja, när? Alltid	Oftast	Ibland
Om ja, vad?	Stödkäpp/kryckor Rollator/gåstol R ullstol, manuell R ullstol, eldriven (storlek ____ cm x ____ cm)				
Elmoped (storlek ____ cm x ____ cm)	Ledarhund	Teknikkäpp/markeringskäpp för synskadade			
Stöd/hjälp av annan person	Annat, vad? _____				
Med dessa gånghjälpmedel	kan jag	kan jag inte	förflytta mig själv utomhus sommartid		
Med dessa gånghjälpmedel	kan jag	kan jag inte	förflytta mig själv utomhus vintertid		
Kommentar:	_____				

Gångsträcka

Min maximala gångsträcka (med eventuella gånghjälpmedel) utan vilopaus _____ meter.

Tidsåtgång: _____ minuter.

Jag kan gå i vanlig trappa (med ledstång)	Ja	Nej	
Om nej, klarar jag enstaka trappsteg?	Ja	Nej	
Gångvägarna kring bostaden	är utan anmärkning	har backar	har trappor

Avstånd till närmaste busshållplats _____ meter.

Kommentar: _____

Nuvarande färd sätt

Jag reser med buss	Ja,	antal resor per månad _____	Nej
Jag reser med annat färdmedel	Ja,	med _____	Nej
Jag kan inte resa alls på egen hand, utan endast om annan person följer med på resan			
Jag kan inte resa alls med kollektivtrafiken, inte heller med hjälp av annan person			
Kommentar:	_____		

Hjälpbehov

Jag kan själv ta mig till bilen/fordonet..... Jag behöver hjälp* till bilen/fordonet....
Jag behöver extra benutrymme i fordonet.. Jag behöver vinklat säte i fordonet.....
Jag behöver allergiserat fordon..... Jag behöver ta med ledarhund.....
Jag klarar ej samåkning..... Annat, vad? _____
Jag måste kunna ta med behandlingshjälpmedel vid resa. Vad? _____
Jag behöver hjälp på resmålet (behöver få ta med medresenär).....
Jag behöver ledsagare/reshjälp* under själva resan.....
*Hjälpbehov: _____
Kommentar: _____

Bostadens läge

Min bostad ligger	På bottenvåningen	___ trappa/or upp	Hiss finns	Hiss finns ej
Hisskorgen rymmer rullstol	Ja	Nej	Nivåskillnad mellan bottenvåning och entré _____ cm	
Jag behöver trappklättrare	Ja	Nej	Nivåskillnad mellan hiss och entré _____ cm	
Jag har svårigheter att klara trappklättrare och behöver annan hjälp				
Kommentar: _____				

Övrigt

Jag har tillgång till bil och kör själv	Ja	Nej
Jag har beviljats bilstöd från försäkringskassan	Ja år _____	Nej
Övrigt _____		

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionshinder har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller använda allmänna kommunikationsmedel. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre behöver färdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsten.

Jag lämnar medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen inhämtas från läkare som skriver utlåtande och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, försäkringskassan samt hälso- och sjukvården.

Om medgivande inte lämnas till att kontakt tas med någon av ovanstående personer/myndigheter kan denna strykas.

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

Datum och underskrift

Datum	Underskrift (av den som ansökan avser eller legal företrädare)
-------	--