



LILLA EDETS
KOMMUN

Ansökan om färdtjänst

Ansökan skickas till:
Färdtjänsthandläggare
Lilla Edets kommun
Socialförvaltningen
463 80 Lilla Edet

Personuppgifter	
Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	
Telefonnummer	
Eventuell god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare. Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas.	
Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress
Funktionsnedsättning:	
<input type="checkbox"/> Gångsvårigheter <input type="checkbox"/> Nedsatt syn <input type="checkbox"/> Hjärt/kärl problem <input type="checkbox"/> Demenssjukdom	
<input type="checkbox"/> Balanssvårigheter/yrsel <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom	
<input type="checkbox"/> Annat; ange vad	
Beskriv funktionshindrets art:	
Vad är det som gör att du inte kan åka med allmänna kommunikationer:	

Hjälpmedel vid förflyttning

- | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol eller permobil |
| <input type="checkbox"/> Kryckor | <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket |
| <input type="checkbox"/> Rollator | |

När används gånghjälpmedlen?

-
- Alltid
-
- Oftast
-
- Ibland

Gångsträcka:

Antal meter som jag kan förflytta mig utan väsentliga svårigheter:

Jag kan gå i trappor (med ledstång)

-
- Ja, utan svårigheter
-
- Ja, med vissa svårigheter
-
- Ja, med stora svårigheter
-
- Nej, inte alls

Avstånd till närmaste busshållplats i meter:

Hjälpbehov

-
- Jag kan själv ta mig till bilen/fordonet
-
-
- Jag behöver hjälp att ta mig till fordonet
-
-
- Jag behöver färdas sittande i rullstol under färden
-
-
- Jag är i behov av hjälp när jag kommer fram till resmålet och är därför i behov av att ta med en medresenär

Beroende av hjälp under själva resan?

-
- Ja**
- , jag behöver mer hjälp i
- fordonet**
- , än vad jag kan få av chauffören, och vill därför ansöka på en särskild blankett om ledsagare.
-
-
- Nej**
- , jag behöver ingen hjälp

Bifogas läkarintyg

-
- Ja
-
- Nej

Personuppgifter så som namn, personnummer, adress, behov av ledsagare, behov av hjälpmedel som ska medföras på resan, kommer att registreras hos kommunen och dess avtalspartner.

-
- Jag samtycker till att personuppgifterna registreras hos kommunen och dess avtalspartner.

Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen inhämtas från, intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan. **(Om medgivande till kontakt med intygsskrivande läkare eller en eller flera angivna myndigheter inte kan lämnas, kan dessa strykas).**

Medgivande:

-
- Ja
-
- Nej

Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga.

.....
Ort och datum.....
Underskrift