



**Ansökan skickas till:**

Färdtjänsthandläggare  
Socialförvaltningen  
Lilla Edets kommun  
463 80 Lilla Edet

**Information till den läkare som skriver utlåtandet**

Färdtjänst är efter behovsprövning tillgänglig för personer som på grund av funktionshinder, som inte endast är kortvarig, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel. *Färdtjänst i Lilla Edets kommun beviljas den som har en funktionsnedsättning av mer varaktig karaktär och bedöms omfatta minst 3-4 månader.*

Den som har ett färdtjänsttillstånd kan vid behov få hjälp av chauffören såsom hjälp i och ur bilen, hämtas och lämnas på avtalad plats. Enligt 8 § Lag om färdtjänst avses med ledsagare en person som måste följa med en tillståndshavare för att denne ska kunna genomföra en färdtjänstresa. Behovet av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte exempelvis vistelsen vid resmålet.

Frågorna i denna blankett ställs för att den som gör utredningen och senare fattar beslutet ska kunna göra en korrekt bedömning

**Personuppgifter:**

<b>Namn</b>	<b>Personnummer</b>
<b>Adress</b>	
<b>Postadress</b>	
<b>Telefonnummer</b>	

**Diagnos med sjukdomens namn (på svenska, textat)**

--

**Funktionsnedsättning och på vilket sätt de påverkar att man inte kan åka med allmänna kommunikationer.**

--

**Hur länge beräknas funktionsnedsättningen bestå?**

Mindre än 4 månader       Mellan 4 månader och 12 månader       Mer än 12 månader

**Har sökande väsentliga svårigheter att komma av och på ordinarie buss?**

Ja       Nej

**Hjälpmedel vid förflyttning:**

Inget hjälpmedel       Rullstol  
 Käpp       Eldriven rullstol eller permobil  
 Kryckor       Annat, ange vilket .....

**När används gånghjälpmedlen?**

Alltid       Oftast       Ibland

**Gångsträcka, hur långt kan sökande förflytta sig på egen hand**

**Ledsagare**

**Beroende av hjälp under själva resan?**

Ange hjälpbehovet

Behov av att ta med behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning vid resa

Nej       Ja, ange vad .....

**Underskrift**

Ort och datum

Leg läkare underskrift

Namnförtydligande

Tjänsteställe och telefonnummer