

Ansökan skickas till:

Vilhelmina kommun/ Färdtjänst
Torget 6
912 81 Vilhelmina

Ankomstdatum

Ansökan om färdtjänst

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
Folkbokföringskommun	Telefonnummer
Ev. god man/förvaltare*, ombud* eller vårdnadshavare (för minderåriga)	God mans/förvaltares etc. telefonnummer
God mans/förvaltares, ombuds, vårdnadshavares gatuadress	God mans/förvaltares etc. postnummer och ort
Haft färdtjänst tidigare? Ja <input type="checkbox"/> sedan år _____ Nej <input type="checkbox"/>	Om ja, i vilken kommun? Behov av tolk Om ja, vilket språk? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Ev. kontaktperson eller behjälplig med ansökan, namn och telefon	

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

Beskriv ditt funktionshinder (art och omfattning) och beskriv på vilket sätt och i vilken utsträckning Du har svårigheter att förflytta dig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel

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

Bifogar läkarutlåtande Ja Nej Läkarutlåtande skickas in direkt av undersökande läkare Ja Nej

Eventuella gånghjälpmedel

Jag använder ej gånghjälpmedel

Jag använder oftast följande gånghjälpmedel utomhus:

stödkäpp/kryckor rollator/gåstol rullstol, manuell rullstol, 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

Jag kan själv (med ev. gånghjälpmedel) gå/förflytta mig max _____ meter utan vilopaus. Det tar _____ minuter.

Avstånd till närmaste hållplats _____ meter

Kommentar _____

Nuvarande färd sätt

Jag reser med buss Ja, antal resor per månad _____ Nej

Jag reser med servicelinje eller flexlinje Ja, antal resor per månad _____ Nej

Jag reser med lokaltåg 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* med att ta mig till bilen/fordonet

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

Jag behöver mera hjälp* under själva resan än jag kan få av föraren och **ansöker om ledsagare**

*Ange hjälpbehov _____

Kommentar _____

Övrigt

Jag har tillgång till bil och kör själv Ja Nej

Jag har beviljats bilstöd från försäkringskassan Ja år _____ Nej

Övriga upplysningar _____

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

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

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransport kan komma att behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos transportföretag som utför färdtjänsttransporter.

Ort och datum

Underskrift