

Färdtjänst för vuxna - ansökan

Uppgifter om sökande

Personnummer (ex 19990101-1234)

För- och efternamn

Adress

Postnummer (ex 123 45)

Ort

E-post

Telefon

Vilken roll har du?

Välj

☐

Sökande

☐

God man

☐

Förvaltare

☐

Ombud enligt fullmakt

Eventuellt övriga kontaktuppgifter (valfritt)

Bifoga fullmakt

– Funktionsnedsättning

Har du haft färdtjänst tidigare?

☐ Ja

☐ Nej

När upphörde färdtjänststillståndet?

Diagnos/funktionsnedsättning

Vilka svårigheter medför din funktionsnedsättning att använda kommunala kommunikationsmedel?

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

☐ Mindre än 3 månader

☐ 3-6 månader

☐ 6-12 månader

☐ 1-2 år

☐ Mer än 2 år

☐ Bestående

Bifoga läkarintyg

– Hjälpmedel

Använder du dig av hjälpmedel för att ta dig fram?

☐ Ja

☐ Nej

Ange vilka hjälpmedel

Hur ofta använder du hjälpmedel?

☐ Alltid

☐ Oftast

☐ Ibland

Har du en ledarhund? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Ungefär hur många meter kan du förflytta dig utan vilopaus med dina hjälpmedel?

meter

Ungefär hur många meter kan du förflytta dig med vilopaus med dina hjälpmedel?

meter

Färdsätt

Kan du ta dig till/från hållplats för allmänna kommunikationer? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Beskriv varför inte

Kan du gå ombord på och stiga av allmänna kommunikationer? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Beskriv varför inte

Klarar du av att förflytta/placera dig ombord på allmänna kommunikationer? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Beskriv varför inte

Vad är ditt nuvarande färd sätt?

Kör du egen bil? _____

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Ytterligare hjälpbehov

Kan du själv kommunicera med chauffören? _____

☐ Ja

☐ Nej

Beskriv varför inte

Är du i behov av att sitta i rullstol under färden och behöver du därför specialfordon? _____

☐ Ja

☐ Nej

Behöver du hjälp att komma i och ur bilen? _____

☐ Ja

Beskriv på vilket sätt

☐ Nej

Har du ett hjälpbehov av annan person inne i bilen under färd? _____

☐ Ja

Beskriv vad du behöver hjälp med inne i bilen

☐ Nej

Behöver du bli lämnad eller hämtad inne i bostaden? _____

☐ Ja

Beskriv varför

☐ Nej

Bor du tillsammans med någon? _____

☐ Ja

☐ Nej

Behöver du kunna ta med dig behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning vid resan? _____

Exempelvis syrgas.

☐ Ja

Beskriv varför och vad

☐ Nej

Övriga upplysningar (valfritt)

– Hantering av personuppgifter

För information om hur Vellinge kommun behandlar dina personuppgifter, gå till sidan <https://vellinge.se/kommun-och-politik/demokrati-och-insyn/personuppgifter/personuppgiftsansvariga/personuppgiftsansvarig-omsorgsnamnd/>. Sidan öppnas i ett nytt fönster.

– Underskrift sökande

Ort och datum

Underskrift