

## Färdtjänst för vuxna - ansökan

### Dina uppgifter

Uppgifter om den som fyller i ansökan.

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

Bifoga fullmakt

### Uppgifter om sökande

Personnummer (ex 19990101-1234)

För- och efternamn

Adress

Postnummer (ex 123 45)

Ort

E-post

Telefon

Eventuellt övriga kontaktuppgifter (valfritt)

---

## Funktionsnedsättning

Har du haft färdtjänst tidigare?

Ja

Nej

När upphörde färdtjänstillståndet?

Diagnos/funktionsnedsättning

Vilka svårigheter medför din funktionsnedsättning att använda kommunala kommunikationsmedel?

Exempelvis gångsvårigheter, orienteringssvårigheter.

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet

- Mindre än 3 månader
- 3-6 månader
- 6-12 månader
- 1-2 år
- Mer än 2 år
- Bestående

Bifoga läkarintyg

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

## Färd sätt

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 färdstätt?

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 mer hjälp under resan än vad du kan få av föraren och ansöker därför om ledsagare? \_\_\_\_\_

OBS! Detta har inget med hjälpbehov på ankomststället att göra.

Ja

Nej

Behöver du hämtas och lämnas inne hos en annan person? \_\_\_\_\_

Exempelvis på grund av en demenssjukdom.

Ja

Beskriv varför

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.

Jag samtycker till personuppgiftsbehandling

## — Underskrift sökande —

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift