



## ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST Datum.....

- Ledsagare**       **Specialfordon**       **Individuellt skäl**

För och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	Mobiltelefonnummer
Målsman eller God Man	Telefonnummer dagtid

### Vilka funktionsnedsättningar har Du?

<input type="checkbox"/> Gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel	<input type="checkbox"/> Hjärt-/kärl problem
<input type="checkbox"/> Balanssvårigheter/Yrsel	<input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Svårt att uttrycka sig i tal	<input type="checkbox"/> Demenssjukdom
<b>Annat:</b>			
Beskriv din funktionsnedsättning _____			
_____			
_____			

### Vilka hjälpmedel använder du vid förflyttning?

<input type="checkbox"/> Utan hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Käpp, krycka, bock	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Rullstol	Hopfällbar rullstol	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag måste sitta kvar i rullstolen under resan		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Annat hjälpmedel _____			

### Gångsträcka:

Jag kan själv ( med ev gånghjälpmedel) gå/förflytta mig max _____ meter utan vilopaus.
Är det några svårigheter på gångvägen mellan bostaden och busshållplatsen t.ex. markbeläggning, trappor osv
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv _____
_____

### Övrigt:

Har du svårt att stiga på och av bussen
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskriv _____
_____

## Behov av ledsagare under resan

Den som inte klarar av att på egen hand med den service som normalt ges av föraren utan behöver hjälp av annan person **under bilresan**, kan beviljas ledsagare.

OBS! Gäller ej vid behov av hjälp framme vid resmålet.

Färdtjänstresenären som har behov av hjälp vid resans mål har rätt att ta med medresenär.

Medresenären betalar avgift enligt gällande taxa.

Vad är det som gör att Du har behov av ledsagare under själva resan? ; Obs! läs texten ovan

---

---

---

## Behov av att resa med specialfordon

Vad är det som gör att Du har behov av specialfordon?

---

---

---

## Individuella behov

Vad är det som gör att Du har behov av ex. framsättesplacering, egen bil, vinklat säte, speciella tider osv.

---

---

---

## Eventuell kontaktperson

Namn	Telefon
Relation till den sökande	

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionshinder har väsentliga svårigheter att använda 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 färdtjänstransporten behandlas i personregister hos beställningscentralen och transportföretag.

Ort och datum

Underskrift

---

---

**Sänd ansökan till:**

Storumans kommun  
Kommunstyrelsen  
Färdtjänst  
923 81 Storuman  
Tel. 0951-140 00