



Ansökan om färdtjänst

Färdtjänst ska tillgodose behov av resor för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

Ansökan om färdtjänst Ansökan om arbetsresor

- Sökanden ska vara folkbokförd i Strängnäs kommun
- Funktionshindret ska ha en beräknad varaktighet om minst tre månader
- Brist på eller dåliga kommunikationer är inget skäl som berättigar till färdtjänst
- Färdtjänst beviljas inte för resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterande behandling. Dessa hänvisas till vårdgivare eller Landstinget Sörmland Sjukreseenheten tel. 0155-24 73 57

Handläggningstid beräknas till minst tre veckor.

Blanketten skickas till:

Strängnäs kommun Socialkontoret
Myndighet och Bistånd
Nygatan 10
645 80 Strängnäs

E-postadress:

fardtjanst@strangnas.se

Sökande *

För- och efternamn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress	
Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vilket språk: _____			

Eventuell medhjälpare, god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare

Kopia för förordnande gällande god man eller förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas ansökan.

För- och efternamn		E-postadress	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer	Mobilnummer	Beslut även till medhjälpare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Medhjälparens relation till den sökande: _____			

Jag ger samtycke till att färdtjänsthandläggare får inhämta uppgifter om mig från andra delar av Socialkontoret i Strängnäs kommun.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------



Funktionsnedsättning/Hälsotillstånd

<input type="checkbox"/> Balans- och gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/> Nedsatt tal	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
<input type="checkbox"/> Annan funktionsnedsättning/diagnos/svårighet: _____ _____	

Svårigheter att resa med allmänna kommunikationer

Beskriv hur din funktionsnedsättning/ditt hälsotillstånd försvårar för dig att resa med allmänna kommunikationer: _____

Hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor
<input type="checkbox"/> Rollator Fällbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vit käpp <input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol Ange mått i cm och vikt i kg. Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____ Vikt: _____ Fällbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol/trehjulig elrullstol Ange mått i cm och vikt i kg. Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____
<input type="checkbox"/> Annat, vilket: _____	

Gångsträcka

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max _____ meter utan vilopaus.
Det tar _____ minuter.

Avstånd till närmaste hållplats _____ meter.
Kommentar: _____

Jag kan gå i trappa.
 Jag kan gå i trappa med hjälp.
 Jag kan inte gå i trappa.



Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Jag kan ta mig till och från bilen.
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp med att ta mig till och från bilen. Ange hjälpbehov: _____
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla m.m) och behöver ta med mig en medresenär.
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp <u>under själva bilfärden</u> mer än jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare. (Behovet av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte till vistelsen vid resmålet). Ange hjälpbehov: _____

Färdsätt

<input type="checkbox"/> Jag kan resa i personbil.	<input type="checkbox"/> Jag behöver liggande transport.
<input type="checkbox"/> Jag kan inte kliva ur min rullstol utan måste sitta i den under hela resan.	

Övrigt

Underskrift

När du skickar information via kommunens e-formulär lagras dina personuppgifter för att vi ska kunna återkoppla till dig. Enligt personuppgiftslagen (PuL) får kommunen inte registrera dina uppgifter utan ditt godkännande. I samband med att du skickar in formuläret godkänner du att Strängnäs kommun lagrar dina uppgifter i enlighet med PuL. Läs mer om personuppgiftslagen (PuL) <http://www.datainspektionen.se/lagar-och-regler/personuppgiftslagen/>

_____	_____
Ort och datum	Signatur
_____	_____
	Namnförtydligande

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 att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst kommer jag omgående att meddela färdtjänsthandläggare.