



Ansökan färdtjänst

Särskild kollektivtrafik är en transport för personer som på grund av en varaktig funktionsnedsättning inte klarar att resa med allmän kollektivtrafik. Du kommer att få lämna in ett läkarutlåtande.

Sökandes personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer (10 siffror)
Adress	Postnummer	Ort
Våningsplan	Tillgång till hiss?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej
Telefonnummer	E-post	

Funktionsnedsättning

Beskriv din funktionsnedsättning och vilka svårigheter den orsakar dig att förflytta dig på egen hand
Beskriv dina svårigheter med att resa med allmän kollektivtrafik

Hjälpmedel – Vilket eller vilka hjälpmedel använder du i din vardag vid förflyttning

<input type="checkbox"/> Rullator fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol fällbar	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol (<50kg)			
<input type="checkbox"/> Rullator ej fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol ej fällbar	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol (>50kg)			
Om du är rullstolsburen och behöver sitta kvar i rullstol under resan – beskriv varför:					
Mått på elrullstol	Batteri till elrullstol				
Längd: (cm)	Bredd: (cm)	Höjd: (cm)	Vikt: (kg)	<input type="checkbox"/> Torrcell/gelé	<input type="checkbox"/> Vätcell/litium
Annat hjälpmedel:					



Hur klarar du att förflytta dig på egen hand utan eller med gånghjälpmedel

Klarar du att gå till/från busshållplatsen vid din bostad	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Kan du gå på/av bussen på egen hand	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej

Kan du resa med allmän kollektivtrafik

Buss med trappor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej	Buss utan trappor	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Närmaste busslinje					

Ledsagare

Ledsagare kan beviljas om du behöver hjälp under själva resan utöver den hjälp som taxichauffören kan ge dig. Taxichauffören ska hjälpa dig med ledsagning och bärhjälp till och från dörren samt i och ur fordonet.

Jag behöver ledsagare	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nej
Om ja, vad behöver du för hjälp utöver det taxichauffören kan hjälpa dig med?		

Övriga upplysningar	
Vistas du för närvarande på korttidsboende/lasarett? Om ja, vilket	Telefonnummer

Sökandes underskrift

Ort och datum	
Underskrift sökande	Namnförtydligande

De uppgifter som du lämnar i blanketter eller e-tjänster, eller de uppgifter om dig som registreras av oss på Hallstahammars kommun, sparas i datasystem och behandlas i enlighet med Dataskyddsförordning 2016/679. Registreringen görs för att kommunen (eller kommunens underleverantörer) ska kunna fullgöra sin skyldighet gentemot dig, eller den tjänsten berör. Inom exempelvis hälso- och sjukvården kan registreringen också säkra information som är av livsavgörande betydelse. Uppgifterna kommer inte att sparas längre än vad som är nödvändigt. Om du vill veta mer om hur dina personuppgifter behandlas eller är missnöjd med hur Hallstahammars kommun behandlar personuppgifter om dig kan du kontakta kommunens dataskyddsombud, eller lämna klagomål till Integritetsskyddsmyndigheten. För mer information om dataskydd, se <http://www.hallstahammar.se/dataskydd>.



Läkarintyg

Bilaga till ansökan om särskild kollektivtrafik / färdtjänst

Plats för stämpel

Uppgifter om den undersökte

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

Uppgifterna baserade på

<input type="checkbox"/> Besök av sökande	<input type="checkbox"/> Journalanteckningar
<input type="checkbox"/> Uppgifter lämnade av sökande	<input type="checkbox"/> Telefonkontakt med sökande
<input type="checkbox"/> Kontakt med anhörig	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan, årtal:

Diagnos

Sjukdomen/Skadan uppstod, datum

Sjukdomens namn (om möjligt på svenska). Beskriv sökandens tillstånd och ange vari den nedsatta rörelseförmågan eller funktionsnedsättningen består. Ange även om någon form av behandling eller rehabilitering pågår eller är planerad. Ange särskilt hur långt den sökande kan gå (förflytta sig) på plan mark, vilka problem som uppstår och vilka hjälpmedel som behövs.

Hur långt kan den sökande gå på plan mark, meter	Om hjälpmedel, specificera
--	----------------------------

Handikappets beräknade varaktighet

<input type="checkbox"/> < 3 månader	<input type="checkbox"/> < 6 månader	<input type="checkbox"/> 1 år	<input type="checkbox"/> > 2 år	<input type="checkbox"/> Bestående
--------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Behöver den undersökte hjälp för att klara resan utöver det som chaffören kan ge

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Beskrivning av behovet av hjälp

Läkarens namnteckning

Adress	Postadress
Ort och datum	Telefonnummer
Underskrift	Namnförtydligande

Läkarintyget skickas till: Hallstahammars kommun, Färdtjänst, 73480 Hallstahammar