



Färdtjänst

Färdtjänst är en behovsprövad särskilt anordnad transportform och ska ses som ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken. Färdtjänst får anlitas av den som efter ansökan har fått tillstånd till det enligt lag (1997:736) om färdtjänst.

Dessa kriterier måste enligt färdtjänstlagen vara uppfyllda för att du ska kunna få tillstånd till färdtjänst:

- du ska vara folkbokförd i Hallstahammars kommun
- du ska ha en funktionsnedsättning som inte endast är tillfällig
- Funktionsnedsättningen ska medföra att du har väsentliga svårigheter att förflytta dig själv på egen hand eller att åka med allmänna kommunikationer. I begreppet väsentligt ligger att svårigheterna ska vara av särskilt allvarligt slag
- du ska ansöka om färdtjänst via e-tjänst eller blankett och du ska kunna styrka uppgifter som du lämnar med ett intyg, exempelvis ett läkarintyg.

Hallstahammars kommun gör alltid en individuell bedömning av just ditt funktionshinder och hur den påverkar din förmåga att förflytta dig själv. Vill du ha hjälp att fylla i ansökan eller behöver mer information är du välkommen att kontakta kommunens färdtjänsthandläggare.

Att åka med färdtjänst innebär att:

- du som på grund av din funktionsnedsättning inte kan förflytta dig på egen hand eller resa med kollektivtrafik får åka ett särskilt anvisat fordon
- fordonet är anpassat så att du med funktionsnedsättning kan åka tryggt och säkert
- du får åka inom kommunen och inom Västmanland
- du betalar 30 kronor för en enkel resa i Hallstahammars kommun och 105 kronor för en enkel resa i länet
- du kan få åka tillsammans med andra personer eftersom resorna samordnas så långt det är möjligt
- chauffören hjälper dig in i och ut ur fordonet om du har behov av det, samt att lasta i och ur ditt hjälpmedel. Du kan också få hjälp av chauffören att bära maximalt två kassar eller väskor.

Ledsagare

Om du behöver hjälp under själva resan, utöver den hjälp som taxichauffören kan ge dig kan du ansöka om att få ta med dig en ledsagare. Ledsagare beviljas endast om du har ett hjälpbehov under färden i bilen.

Medresenär

Om du behöver hjälp i anslutning till resan, till exempel för att uträtta ärenden, kan du i mån av plats ta med dig en medresenär. Medresenären betalar 50 kronor för enkel resa i Hallstahammars kommun och 125 kronor för enkel resa i länet.

Vissa resor får inte ske med färdtjänst

Färdtjänst får inte omfatta sjuk- och behandlingsresor (till tandläkaren, läkaren, sjukgymnasten eller distriktssköterskan). Inte heller skolskjutsar och resor i samband med arbetslivsinriktad rehabilitering får ske med färdtjänst. Sådana resor kan du i stället ha rätt att genomföra på annat sätt.

Flexlinjen

Genom att den vanliga kollektivtrafiken görs mer tillgänglig för funktionshindrade ska antalet som behöver nyttja färdtjänsten minska. Om de allmänna kommunikationerna är utformade på ett sådant sätt att det är rimligt att kräva att en person med funktionsnedsättningar använder dem, föreligger inte rätt till färdtjänst.



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	
Eventuell annan kontaktperson än sökande	Telefonnummer	

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 har ett hjälpbehov i bilen under färd 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, ange varför du inte kan sitta ensam i bilen under färd.		

Övriga upplysningar

Vistas du på korttidshem/lasarett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------------	-----------------------------	------------------------------

Om svar ja, ange vilket och orsak



Jag ger mitt tillstånd till att upplysningar som behövs för utredning får inhämtas av andra till exempel läkare, biståndshandläggare, sjukgymnast, anhöriga med flera.

Ja

Nej

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