



# FÄRDTJÄNSTANSÖKAN

## Sökande

Namn		Personnr		
Utdelningsadress		Telefonnr		
Postnr	Postadress			
<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Ny ansökan efter tidigare avslag	<input type="checkbox"/> Förlängning av tidigare färdtjänst	<input type="checkbox"/> Komplettering/Ändring	<input type="checkbox"/> Arbetsresor daglig verksamhet

## Funktionshinder

För att ha rätt till färdtjänst krävs att du har ett funktionshinder som gör att du har väsentliga svårigheter att förflytta dig *eller använda allmänna kommunikationer*.

På begäran ska ansökan kunna kompletteras med läkarintyg

Beskriv ditt funktionshinder

Maximal gångsträcka utan vilopaus på plan mark

Vid varmt väder  0 m  upp till 200 m  upp till 500 m  mer än 500 m

Vid kallt väder  0 m  upp till 200 m  upp till 500 m  mer än 500 m

## 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. Om du har behov av hjälp på resmålet kan du få ta med dig en medresenär.

Medresenär betalar färdtjänstavgift.

Jag behöver ledsagare

Ja

Nej

Om ja, vad behöver Du för hjälp utöver det taxichauffören kan hjälpa Dig med?

Jag behöver åka specialfordon  Ja  Nej

Jag behöver bäras i trappor  Ja  Nej

Jag behöver färdtjänst endast vintertid  Ja  Nej

Jag kan samåka med andra  Ja  Nej

Om nej, varför kan du inte samåka?

Vilka hjälpmedel använder du?

Rollator  Rullstol, fällbar  Rullstol, ej fällbar

Stödkäpp eller krycka  Permobil

Annat, ange vad

## Samtycke

Jag medger att upplysningar som behövs för utredning får inhämtas från andra till exempel läkare, anhörig, personal i kommunens verksamhet eller myndighet såsom biståndshandläggare.  Ja  Nej

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och förbinder mig att till färdtjänsten meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst.

Eventuellt god man/förvaltare eller vårdnadshavare (för minderårig)		Telefon (även riktnummer)
Adress	Postadress	
Eventuell kontaktperson eller behjälplig med ansökan, namn		Telefon (även riktnummer)

## Namnteckning

Ort och datum	
Sökande, namnteckning	Namnförtydligande

**Ansökan insändes till:  
Socialförvaltningen, Färdtjänst, Box 87, 732 22 Arboga**

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i socialförvaltningens dataregister enligt dataskyddsförordningen.

För ytterligare information se Arboga kommuns hemsida