

Ansökan om färdtjänst

Det är viktigt att du besvarar alla frågor och fyller i hela blanketten. Den kan annars behöva kompletteras vilket fördröjer handläggningen av ditt ärende. Se även Information till dig som söker färdtjänst.

Ansökan gäller:

- Nytt tillstånd
 Förlängt tillstånd

Ansökan gäller för:

- Begränsad tid
 Tills vidare

Om dig

Kontaktuppgifter

| | | | |
|--|--|---------------------------|--|
| Namn | | Personnummer (10 siffror) | |
| Bostadsadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| Telefon inklusive riktnummer/mobilnummer | | | |

Inför kontakten med dig

| | |
|---|---|
| Har du haft färdtjänst tidigare? | |
| <input type="checkbox"/> Ja, om Ja vilken kommun | <input type="checkbox"/> Nej |
| Behöver du tolk? | |
| <input type="checkbox"/> Ja, om Ja vilket språk | <input type="checkbox"/> Nej |
| Vem vill du helst att vi kontaktar om vi behöver mer uppgifter? | |
| <input type="checkbox"/> Mig själv | <input type="checkbox"/> Kontaktperson enligt nedan |

Eventuell kontaktperson (ytterligare vårdnadshavare)

Exempelvis god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare med annan adress än ovan. Kopia på registerutdrag för god man/förvaltare ska alltid skickas med ansökan.

| | | | |
|---------------|--|---------|--|
| Namn | | Telefon | |
| Bostadsadress | | | |
| Postnummer | | Ort | |

Om ditt funktionshinder

Beskriv ditt funktionshinder så tydligt som möjligt

När uppstod funktionshindret?

Funktionshindret beräknas pågå

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader | <input type="checkbox"/> Tills vidare |
| <input type="checkbox"/> 3- 12 månader | <input type="checkbox"/> Vet ej |

Gångförmåga/gånghjälpmedel

Frågorna gäller **med** eventuellt hjälpmedel och i egen takt

Kan du förflytta dig gående med eventuellt hjälpmedel och i egen takt?

- Ja, cirkameter totalt Nej, gå vidare till **Rullstol**

Använder du oftast någon form av gånghjälpmedel utomhus?

- Ja Nej

Om Ja, vilket/vilka hjälpmedel?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stödkäpp/krycka | <input type="checkbox"/> Ledarhund |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Markeringskäpp för synskadad |
| <input type="checkbox"/> Gåbord | <input type="checkbox"/> Annat, vad |

Behöver du alltid hjälp av annan person om du ska kunna gå utomhus?

- Ja Nej

Om Ja, beskriv varför

Vad klarar du normalt sett? Kryssa för det som stämmer in på dig.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gå endast inomhus | <input type="checkbox"/> Hantera normala hinder som trottoarkanter och trösklar |
| <input type="checkbox"/> Gå både inomhus och utomhus | <input type="checkbox"/> Gå i trappa med räcke |
| <input type="checkbox"/> Gå i backig miljö | <input type="checkbox"/> Gå enstaka trappsteg med stöd |

Kommentar:

Rullstol

| |
|---|
| Använder du rullstol vid förflyttning utomhus? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej, gå vidare till Resa med kollektivtrafiken |
| Om Ja, vilken eller vilka? <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Elmoped/elskoter <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol <input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel |
| Om du har manuell rullstol, kan du köra den själv? <input type="checkbox"/> Ja kortare sträckor <input type="checkbox"/> Nej inte alls <input type="checkbox"/> Ja även längre sträckor |
| Du som har elrullstol/elmoped, kan du köra den i och ur färdtjänstbilen utan hjälp? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Kan du flytta över från rullstolen till ett säte i bil med lite stöd av chauffören? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om Nej, är din rullstol godkänd att använda som säte vid färd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om Ja <input type="checkbox"/> Rullstolsintyg är inskickat tidigare <input type="checkbox"/> Rullstolsintyg bifogas ansökan |

Resa med kollektivtrafiken – kryssa för det som stämmer bäst

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Du kan resa självständigt med buss/tåg. |
| <input type="checkbox"/> Du kan resa med buss/tåg bara om någon åker med dig och hjälper dig. |
| <input type="checkbox"/> Det är helt omöjligt för dig att resa med buss/tåg även om någon åker med dig. |
| Beskriv vilken hjälp du behöver eller varför det är omöjligt för dig att resa kollektivt. |

Behov av hjälp vid resa med färdtjänstens fordon

| |
|--|
| Behöver du hjälp för att kunna ta dig till/från färdtjänstfordonet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Behöver du hjälp under färden i färdtjänstfordonet (och ansöker om rätt till ledsagare) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Ansöker du om annan extra service/tillstånd (ensamåkning, liggande, extra ledsagare etc) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om Ja, beskriv vilken hjälp du behöver eller extra service du ansöker om och varför du behöver den |

Bostad

| | |
|--|---|
| Lägenhet | |
| <input type="checkbox"/> Markplan (inga trappor) | <input type="checkbox"/> Ej markplan, antal trappor |
| <input type="checkbox"/> Hiss finns | <input type="checkbox"/> Hiss finns inte |
| Villa | |
| <input type="checkbox"/> Trappa ute | <input type="checkbox"/> Trappa inne |
| <input type="checkbox"/> Ramp finns | <input type="checkbox"/> Hiss finns |
| Särskilt boende inom äldreomsorgen eller handikappomsorgen | |
| <input type="checkbox"/> Ja, Boendets namn | |

Övrig information

| |
|--------------|
| |
|--------------|

Arbetsresa

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Ansöker även om arbetsresa till/från arbetsplats/skola |
| Om arbetsresa, ange namn och adress till arbetsplats/skola |

Försäkran

Jag försäkrar härmed att det uppgifter jag lämnat är riktiga i alla delar. Om det inträffar förändringar som påverkar min förmåga att resa med allmänna kommunikationer, eller min förmåga att förflytta mig på egen hand, kommer jag omgående att meddela detta.

JA, jag samtycker till att utredande handläggare får inhämta nödvändiga uppgifter och intyg som är nödvändiga för bedömning av rätt till begärda insatser och som är sekretessbelagda hos Försäkringskassan, Sjukvården, Ungdom/Vuxenhabiliteringen och Socialtjänsten. Jag samtycker även till att uppgifter som lämnats i samband med ansökan får lämnas vidare till berörda som ska verkställa insatser. Samtycket gäller endast denna ansökan och kan alltid återkallas.

JA, jag är införstådd med att de personuppgifter som är nödvändiga för genomförandet av ärendet kommer att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR) i personregister hos socialförvaltningen.

Mer om hur vi behandlar dina personuppgifter kan du läsa på kommunens hemsida www.osthammar.se.

Underskrift

| | |
|---------------|-------------|
| Ort och datum | Underskrift |
|---------------|-------------|

För minderårigt barn behövs båda vårdnadshavares underskrift alternativt intyg om enskild vårdnad.

| | |
|---------------|-------------|
| Ort och datum | Underskrift |
|---------------|-------------|

Kryssa här om beslut/information **även** ska skickas till vårdnadshavare med adress enligt sida 1.

Till dig som vill ansöka om färdtjänst

Fyll i blanketten så utförligt som möjligt.

Kommunen kan komma att behöva ett medicinskt utlåtande från den vårdgivare som bäst känner till din funktionsnedsättning.

Skicka gärna in utlåtandet tillsammans med blanketten gällande ansökan om färdtjänst.

Specialfordon

Om du är rullstolsburen och inte har möjlighet att flytta över från din rullstol till ett säte i färdtjänstfordonet, måste rullstolen anpassas innan den får brukas som säte under färden. Detta görs utav arbetsterapeut i Östhammars kommun.

För att komma i kontakt med arbetsterapeut på din ort, ring kommunens kundtjänst

Östhammar Direkt på 0173-86 000.

När anpassningen är gjord utfärdas ett intyg som sedan skickas till kommunens färdtjänsthandläggare.

Rätten till ledsagare under färdtjänstresan

För resenär som på grund av funktionsnedsättning har behov av personlig assistans under färdtjänstresan, kan ledsagare beviljas.

Observera att med färdtjänstresa menas enbart den tid som den sökande spenderar i bilen.

Finns hjälpbehov före eller efter färdtjänstresan kan detta ansökas om hos din biståndshandläggare på 0173-86 000.

Resenär ansvarar själv för att ordna ledsagare inför resa, att ledsagare ska medfölja måste uppges vid resebeställningen.

Ensamåkning

Om du ansöker om ensamåkning, var tydlig kring orsaken till varför du inte kan samåka.

Vid frågor kontakta

Östhammar direkt 0173-86000

POSTADRESS

Box 66
Fakturaadress
Box 106
742 21 Östhammar

BESÖKSADRESS

Stångörsgatan 10
742 21 Östhammar

TELEFON

+46 (0) 173 860 00

MAIL

kommunen@osthammar.se
www.osthammar.se

ORG.NUMMER

212000-0290

V.A.T. NO

SE212000029001

BANKGIRO

233-1361