



Ansökan skickas till:

Strömstads kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
452 80 Strömstad**Ansökan om färdtjänst****Personuppgifter**

Efternamn	Förnamn	Personnummer (12 siffror)
Bostadsadress		Telefonnummer bostad inkl. riktnummer
Postnummer	Ort	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon
E-postadress		
God man/förvaltare (bifoga registerutdrag)		Telefonnummer
Folkbokföringskommun		Har haft färdtjänst tidigare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Behov av språktolk	Om Ja, på vilket språk?	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____	

Min bostad

Hur bor du?

Villa Yttertrappa Antal steg Hiss finns Ramp finns

Lägenhet på våningsplan Hiss finns

Äldreboende, gruppboende, korttidsboende/rehab Ja

Namn på boendet: _____



Funktionsnedsättning/Hälsotillstånd

Ge en utförlig beskrivning av din funktionsnedsättning/hälsotillstånd. Tidpunkt för insjuknande/skada.

Beskriv på vilket sätt och i vilken omfattning du har svårigheter att förflytta dig på egen hand.

Beräknad varaktighet

3-6 månader

6-12 månader

mer än 12 månader

osäkert

Förflyttningsförmåga

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) maxmeter

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max..... meter (inklusive vilopaus)

Jag kan gå i trappa Ja Nej

Jag kan gå i trappa med hjälp Ja Nej

Hjälpmedel

Vilka hjälpmedel använder du?

Käpp/Krycka

Rollator

Normalstor rullstol

Stor rullstol

Service- ledarhund

Annat

Mått/Vikt på rullstol: cm lång cm bred cm hög kg



Färd sätt

När jag reser idag reser jag med:		
Buss <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Ronden <input type="checkbox"/> Närtrafik <input type="checkbox"/> Egen bil <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Flera alternativ kan kryssas</div> Annat färdmedel _____ Ange vad	
Jag kan resa i personbil <input type="checkbox"/>	Jag måste sitta i rullstol under resan <input type="checkbox"/>	Jag behöver ligga under resan <input type="checkbox"/>
Jag behöver resa ensam <input type="checkbox"/> (Läkarintyg krävs)		
Beskriv dina eventuella svårigheter när du åker med kollektivtrafiken (såsom tåg och buss)		
_____ _____ _____		

Hjälpbehov/Ledsagare

Fyll i det som stämmer på dig	
Jag kan själv ta mig till fordonet <input type="checkbox"/>	Jag kan ta mig till fordonet med förarens hjälp <input type="checkbox"/>
Jag behöver mer hjälp under resan än vad föraren kan ge mig och ansöker därför om ledsagare <input type="checkbox"/>	
Beskriv nedan ditt hjälpbehov under resan utöver den service som föraren kan bistå med	
_____ _____ _____	

Resor till och från arbete/daglig verksamhet

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

**Övrigt**

Övriga upplysningar

Företrädare (kopia av förordnande/fullmakt ska bifogas)

God man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)		
Utdelningsadress		Telefonnummer bostad inkl. riktnummer.
Postnummer	Ort	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon
E-postadress		

Jag har fått hjälp att fylla i blanketten av

Namn på den som hjälpt till med ansökan (kontakt tas alltid med den sökande i första hand)	
Relation till sökanden	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att färdtjänsthandläggaren får ta kontakt med läkare och i förekommande fall med tjänstemän hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst. Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
(Om Du avstår att lämna ditt samtycke ansvarar Du själv för att färdtjänsthandläggaren får de uppgifter som krävs)	
Uppgifterna kommer att registreras hos kommunen.	
Ort och datum: _____	
_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
Behjälplig vid ansökan:	
_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
Telefonnummer _____	