

Ansökan om färdtjänst

Tillstånd till färdtjänst skall meddelas för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

- Sökanden ska vara folkbokförd i Gnesta kommun.
- Funktionshindret ska ha en beräknad varaktighet om minst 3 månader.
- Ålder är inget kriterie för färdtjänst.
- Brist på eller dåliga kommunikationer är inget skäl som berättigar till färdtjänst.
- Färdtjänst beviljas inte för resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterande behandling. Dessa hänvisas till vårdgivare eller Landstinget Sörmland Sjukreseenheten tel. 0155-24 73 57.
- Handläggaren kan vid behov begära in ett intyg som styrker funktionsnedsättningen.
- Handläggningstiden beräknas till minst tre veckor.

För att handläggaren ska kunna behandla din ansökan, krävs att ansökan är fullständigt ifylld.

Blanketten skickas till

Gnesta kommun, Färdtjänsthandläggare
646 80 Gnesta

Sökande

För- och efternamn:		Personnummer:	
Adress:	Postnummer:	Ort:	
Telefonnummer:	Mobilnummer:	E-postadress:	
Behov av tolk:			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, vilket språk:	
Jag bor i:			
Ordinärt boende <input type="checkbox"/>		Särskilt boende <input type="checkbox"/>	

Uppgifter om medhjälpare, god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare

För- och efternamn:		Personnummer:	
Adress:	Postnummer:	Ort:	
Telefonnummer:	Mobilnummer:	E-postadress:	
Ska kopia på beslut skickas till medhjälpare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Medhjälparens relation till den sökande:	

Ansökan

Anledning till ansökan

<input type="checkbox"/> Ny ansökan	<input type="checkbox"/> Förlängning av tidigare beviljad färdtjänst	<input type="checkbox"/> Ny ansökan efter tidigare avslag.
-------------------------------------	--	--

Vilket är syftet med dina färdtjänstresor?

--

Svårigheter att resa med allmänna kommunikationer

Funktionshinder/Hälsotillstånd

<input type="checkbox"/> Balans- och gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/> Nedsatt tal	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
<input type="checkbox"/> Annan funktionsnedsättning/diagnos/svårighet:	

Kan du åka med kollektivtrafik?

<input type="checkbox"/> Ja, med ledsagare	<input type="checkbox"/> Ja, på egen hand	<input type="checkbox"/> Nej
Hur reser du idag?		

Vilka är konsekvenserna av din funktionsnedsättning/ditt hälsotillstånd och varför försvårar det för dig att resa med allmänna kommunikationer?:

Hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Vit käpp <input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol Ange mått i cm och vikt i kg Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____ Vikt: _____	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol/trehjulig elrullstol Ange mått i cm och vikt i kg Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____ Vikt: _____
Annat hjälpmedel, specificera vilket:	

Gångsträcka

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

Det tar mig _____ minuter.

Avstånd till närmaste hållplats är _____ meter

Kommentar:

- Jag kan gå i trappa
- Jag kan gå i trappa med hjälp
- Jag kan inte gå i trappa

Hjälpbehov

Jag kan ta mig till och från bilen på egen hand

Jag behöver hjälp med att ta mig till och från bilen.

Ange hjälpbehov: _____

Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla m.m.) och behöver ta med mig en medresenär.

Jag behöver hjälp under själva bilfärden mer än vad jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare (behovet av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte vistelsen vid resmålet).

Ange hjälpbehov:

Färdsätt

Jag kan resa i personbil

Jag behöver liggande transport

Jag kan inte kliva ur min rullstol utan måste sitta i den under hela resan

Övrigt

Samtycke

För att färdtjänsthandläggarna ska kunna fatta ett beslut kan de behöva ta kontakt med andra personer eller myndigheter för att få den information som krävs för att kunna fatta ett så korrekt beslut som möjligt. Dessa uppgifter infogas i beslutsunderlaget och du har rätt att yttra dig över dem innan ärendet avslutas med ett beslut.

Jag samtycker att uppgifter kan hämtas ifrån:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anhörig/närstående | <input type="checkbox"/> Landstinget (<i>t ex vårdcentral, läkare</i>) |
| <input type="checkbox"/> Kommunen (<i>t ex biståndshandläggare, hemsjukvård</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Försäkringskassan | <input type="checkbox"/> Arbetsförmedlingen |
| <input type="checkbox"/> Skola | <input type="checkbox"/> Övrigt..... |

Jag samtycker att färdtjänsthandläggarna får lämna information om Mig till den som ska utföra beviljade insatser.

- Ja Nej

Underskrift

<p>Ort och datum</p>	<p>Signatur</p> <p>Namnförtydligande</p>
----------------------	--

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller att använda den allmänna kommunikationen. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst kommer jag omgående att meddela färdtjänsthandläggare.

Hantering av personuppgifter: Kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när du fyllt i blanketten och skickat in den till oss. Mer information om hur vi hanterar personuppgifter hittar du på vår webbplats www.gnesta.se/gdpr.