

Biståndsenheten
Daléngatan 4
521 31 Falköping
0515-88 50 00

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Person uppgifter	Efternamn, förnamn	Personnummer
	Postadress	Telefonnummer
BESKRIVNING AV FUNKTIONSHINDER – MÖJLIGHET ATT ÅKA KOLLEKTIVTRAFIKEN		
<p>Är funktionsnedsättningen bestående minst 6 månader? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Jag använder följande HJÄLPMEDEL</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Stödkäpp krycka/bock <input type="checkbox"/> Annat _____</p> <p>Hjälpmedel används <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Utomhus</p> <p>Jag har behov av ledsagare utöver den service som normalt ges av taxiföraren <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ</p> <p>Om JA, beskriv varför _____</p>		
FÖRFLYTTNINGSMÖJLIGHETER:		
<p>Jag klarar av att själv förflytta mig mellan bostad och närmaste busshållsplats</p> <p><input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Aldrig</p> <p>Jag klarar av att stiga på/av buss</p> <p><input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Aldrig</p>		
FÄRDSÄTT	<input type="checkbox"/> Jag kan åka personbil	<input type="checkbox"/> Jag måste åka specialfordon
Restyp	<input type="checkbox"/> Arbetsresor/Utbildningsresor	<input type="checkbox"/> Privat resor
Intygande	<p>Jag samtycker till att handläggare tar nödvändiga kontakter med andra verksamheter inom kommun/landsting, myndigheter och privat läkare som behövs för utredningen.</p> <p>Jag samtycker även till att mina personuppgifter får lämnas vidare till Västtrafik Samresor om jag blir beviljad färdtjänst.</p> <p>Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.</p> <p>Jag förbinder mig att till Biståndsenheten meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst.</p>	
Underskrift	Datum	Underskrift