

Ansökan avser

| | | | |
|------------|--|---------------------------|--|
| Namn | | Personnummer (10 siffror) | |
| Adress | | | |
| Postnummer | | Ort | |
| Telefon | | Mobiltelefon | |

När Ni ansöker om färdtjänst är det viktigt att det finns ett aktuellt läkarintyg med ansökan. Läkarintyget skall styrka det funktionshinder som gör att Ni inte kan åka med allmänna kommunikationer (buss, båt, flyg, tåg). Att det finns dåligt med kommunikationer utgör inget skäl för att få färdtjänst. Inte heller tillfälliga funktionshinder till följd av olycksfall eller sjukdom som understiger tre månader.

Obs! Läkarintyget är ingen ansökan utan ett underlag för utredningen.

Bakgrund till ansökan

| |
|---|
| Funktionshinder |
| Vilka hjälpmedel behöver du vid förflyttning? |
| Vilket färdmedel använder du? |
| Beskriv de svårigheter du har vid resa med kollektivtrafik: |

Bakgrund till ansökan, fortsättning

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Om du måste åka i framsäte, av vilken orsak? | | |
| | | |
| Kan du åka taxi/färdtjänstbuss (specialfordon) på egen hand, med den hjälp du kan få av föraren? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Har du handikappanpassad bil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Läkare får kontaktas om ytterligare information behövs för utredning? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Medger du att nödvändiga uppgifter för bedömning av din ansökan får inhämtas från regionen, primärvården och kommun | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Upplysning om PUL

I syfte att administrera/handlägga ansökan kommer av dig lämnade personuppgifter att registreras och behandlas i enlighet med bestämmelserna i Personuppgiftslagen (1998:204)

Underskrift

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Ort och datum | Sökandes namnteckning | |
| Ombudets namnteckning | Ombudets namnförtydligande | Ombudets telefon |
| Ombudets relation till den sökande | | |
| <input type="checkbox"/> Närstående | <input type="checkbox"/> Godman/förvaltare | <input type="checkbox"/> Annan |

Läkarintyg

| | |
|--|-----------------------------|
| Namn | Personnummer (10 siffror) |
| Diagnos på svenska | Sjukdomen/skadan uppstod år |
| Sjukdomens namn (om möjligt på svenska) Beskriv funktionshindrets omfattning. Skriv utförligt! | |
| Funktionshindret är <input type="checkbox"/> varaktigt (över 3 mån) <input type="checkbox"/> ej varaktigt <input type="checkbox"/> prognos osäker | |
| Nuvarande hjälpmedel | |

Underskrift

| | | |
|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Ort | Datum | Sjukhus/vårdrättning |
| Leg. läkares underskrift | | |
| Namnförtydligande | Telefon direktnummer | Telefon sekr./mottagning |

Kommunen begär läkarintyg i de ärenden som färdtjänsthandläggaren anser svårbedömda ur medicinsk synpunkt. Läkarintyget ska tillföra utredningen erforderliga medicinska fakta.
Obs! Läkarintyget är ingen ansökan utan ett underlag för utredningen.

Färdtjänst ska vara kollektivtrafik för de personer som på grund av varaktigt handikapp inte kan resa med allmänna kommunikationer. Det är funktionshindret som avgör möjligheten att få färdtjänst, inte utbudet av allmänna kommunikationer. Färdtjänst beviljas enbart personer folkbokförda i Bollebygds kommun.

Färdtjänsttillståndet utfärdas av Bollebygds kommun enligt kommunens färdtjänstregler och gällande lagstiftning. Om sökande måste resa innan ärendet prövats får resan ordnas på annat sätt.

Ledsagare kan beviljas om den sökande behöver hjälp under själva resan. Däremot ges inte ledsagare för hjälp vid resmålet eller med att bära bagage.