



Datum _____

Sökandes personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Adress, lägenhetsnr		Postadress
Telefon, riktnr		Mobiltelefon
Folkbokföringskommun	E-post	
Har tidigare haft fårdtjänst <input type="checkbox"/> Ja, vilket år och i vilken kommun <input type="checkbox"/> Nej		
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Ja, vilket språk <input type="checkbox"/> Nej		

Eventuell god man/förvaltare, ombud, vårdnadshavare		
Adress		Postadress
Telefon, riktnr	E-post	

Kopia på förordnande som god man eller förvaltare respektive fullmakt för ombud skickas in med ansökan.

Funktionsnedsättning

Beskriv på vilket sätt och i vilken utsträckning du har svårigheter att förflytta dig på egen hand och att resa med kollektivtrafik. Till exempel orienteringssvårighet, nedsatt gångförmåga, allergier.

Jag bifogar läkarintyg Ja Nej Intyget skickas av undersökande läkare Ja Nej

Eventuella hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator/gåstol	<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven
<input type="checkbox"/> El-moped	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Tekniskäpp/markeringskäpp för synskadad	<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket: _____			<input type="checkbox"/> Inga

Gångsträcka, bostadens läge

Jag kan gå i vanlig trappa <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Jag klarar enstaka trappsteg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag behöver trappklättrare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Du har väl inte glömt att skriva under ansökan på baksidan!

Sökandes nuvarande färd sätt

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Buss | <input type="checkbox"/> Lokaltåg/spårvagn | <input type="checkbox"/> Låggolvbuss |
| <input type="checkbox"/> Servicelinje | <input type="checkbox"/> Flexlinje | <input type="checkbox"/> Annat färdmedel |
| <input type="checkbox"/> Jag har stora svårigheter att resa med kollektivtrafik, även om det inte är omöjligt | | |
| <input type="checkbox"/> Jag kan inte resa på egen hand med kollektivtrafik, utan endast om en annan person följer med på resan | | |
| <input type="checkbox"/> Jag kan inte resa alls med kollektivtrafik, även om någon följer med och hjälper mig | | |

Hjälpbbehov

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Jag kan själv ta mig till fordonet | <input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp med att ta mig till fordonet |
| <input type="checkbox"/> Jag behöver extra benutrymme i fordonet | <input type="checkbox"/> Jag behöver vinklat säte i fordonet |

Reshjälp

Föraren kan hjälpa dig från bostaden och in i fordonet. Du kan även få hjälp med bältet, bagage och hjälpmedel.

Jag behöver **mer hjälp under själva resan** än jag kan få av föraren och ansöker om reshjälp.

- Ja Nej

Medgivande till kundundersökning

Dagligen skickas uppgifter till ett undersökningsföretag som följer upp genomförda färdtjänstresor under dagen, genom att kontakta resande. Godkänner du att undersökningsföretaget kontaktar dig? Ja Nej

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att ta mig fram på egen hand eller att använda kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst kommer jag att meddela färdtjänst i Mölndals stad.

Jag godkänner att färdtjänsthandläggare hämtar uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen från intygsskrivande läkare, tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården, försäkringskassan, anhörig eller god man. Om du inte godkänner detta stryk över aktuell kontakt.

Jag har förstått att mina personuppgifter är nödvändiga för genomförande av färdtjänst- och sjukresetransporter. Personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos sjukreseenheten i Västra Götaland, beställningscentral, transportföretag och färdtjänst.

Sökandes namnteckning _____ Ort och datum _____

Namnförtydligande _____

Om någon hjälpt till att fylla i ansökan, ange vem

- Anhörig God man eller förvaltare Annan

För- och efternamn

Telefon, riktnr

Skicka in påskriven ansökan till

Mölndals stad, Färdtjänst, 431 82 Mölndal
E-post: gatukontoret.fardtjanst@molndal.se