



Datum _____

Sökandes personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer	
Adress, lägenhetsnr		Postadress	
Telefon, riktnr		Mobiltelefon	
Folkbokföringskommun		E-post	
Har tidigare haft högkostnadsskydd för färdtjänst		<input type="checkbox"/> Ja	<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.

Arbetsanställning

Arbetsplatsens namn och adress
Yrke / sysselsättning
Antal resor / vecka
Anställningstid

Utbildning

Skolans namn och adress
Utbildning / linje
Utbildningstid
Antal resor / vecka

Daglig verksamhet eller dagverksamhet

Namn och adress
Antal resor / vecka
Beslutet för dag- eller daglig verksamhet gäller till och med

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

Medgivande till kundundersökning

Dagligen skickas uppgifter till ett undersökningsföretag som följer upp genomförda färdtjänstresor under dagen, genom att kontakta resande.

Godkänner du att undersökningsföretaget får kontakta 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 (även riktnr)

Skicka in påskriven ansökan till

Mölndals stad, Färdtjänst, 431 82 Mölndal