



Datum _____

Sökandes personuppgifter

För- och efternamn		Personnummer
Adress, lägenhetsnr		Postadress
Telefon, riktnr		Mobiltelefon
Folkbokföringskommun	E-post	
Har tidigare haft riksfärdtjänst <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 eller vårdnadshavare	
Adress	Postadress
Telefon, riktnr	E-post

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

Ansökan gäller

<input type="checkbox"/> Enstaka resa Datum för framresa _____ Datum för återresa _____	<input type="checkbox"/> Återkommande resor Datum för första resa _____
---	--

Resmål

Syftet med resan är <input type="checkbox"/> Fritid <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket
Till vilken ort/er _____

Funktionsnedsättning

Beskriv på vilket sätt och i vilken utsträckning du har svårigheter att resa med andra klassens tåg och buss på egen hand. Till exempel orienteringssvårighet, nedsatt gångförmåga, allergier.
--

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

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

Om du tar med elrullstol, överstiger totalvikten för dig och rullstolen 225 kg? Ja Nej

Vilken bredd har din rullstol? Ange måttet i cm _____

Kan du flytta över från rullstol till annat säte? Ja Nej

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 därför om reshjälp.

Ja Nej

Assistansersättning från Försäkringskassan

Har du rätt till personlig assistans och får assistansersättning från Försäkringskassan? Ja Nej

Ange antal timmar per vecka _____

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 sjukrestransporter. Personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos sjukreseenheten i Västra Götaland, beställningscentral, transportföretag och färdtjänst.

Sökandens 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