



Ansökan om särskild kollektivtrafik/färdtjänst

Lag om färdtjänst

§ 7 — Tillstånd till färdtjänst ska meddelas för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel. Tillståndet omfattar inte transporter som av någon anledning bekostas av det allmänna. Gäller bland annat resor till och från sjukvård, tandläkare eller remitterad behandling.

§ 8 — Om den som söker tillstånd till färdtjänst behöver ledsagare under resorna, skall tillståndet även gälla ledsagaren. Rätten till ledsagare prövas individuellt och hjälpbehovet ska vara knutet till själva resan och inte resmålet.

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Postnummer och ort
Tfn nummer	Behov av tolk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilket språk?

Ansökan gäller

<input type="checkbox"/> Färdtjänst utan ledsagare	<input type="checkbox"/> Färdtjänst med ledsagare
Har Ni tidigare haft färdtjänst?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Funktionshinder

<input type="checkbox"/> Fysiskt funktionshinder	<input type="checkbox"/> Psykiskt funktionshinder
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn / hörsel	<input type="checkbox"/> Hjärt / kärlsjukdom
<input type="checkbox"/> Demenssjukdom	<input type="checkbox"/> Annat, beskriv nedan



Beskriv dina svårigheter vid förflyttning eller att resa med kollektivtrafiken

Hjälpmedel vid förflyttning

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Käpp / kryckor | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Rullstol manuell | <input type="checkbox"/> Rullstol eldriven |
| <input type="checkbox"/> Elmoped | <input type="checkbox"/> Stöd av annan person |
| <input type="checkbox"/> Annat, vad? | |

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen.

Jag lämnar medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen hämtas från läkare som skriver utlåtande och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården och försäkringskassan.

- Ja Nej

Datum och underskrift

Behjälplig med ansökan

Namn och tfn samt relation till den sökande

Ansökan skickas till Vård och omsorg, 793 80 Leksand