



Namn		Personnummer
Adress		Folkbokföringskommun
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil
Antal våningar till bostaden		Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Eventuell god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare. Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas.		
Namn		Telefon, bostad/mobil/arbete
Adress		

### Funktionshinder (art och omfattning)

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder

Bifogas utlåtande från leg.personal <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Utlåtande skickas direkt till kommunen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--	--

### Hjälpmiddel vid förflyttning

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Manuell rullstol  | <input type="checkbox"/> Käpp för synskadade |
| <input type="checkbox"/> Stödkäpp         | <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol | <input type="checkbox"/> Ledarhund           |
| <input type="checkbox"/> Kryckor          | <input type="checkbox"/> Permobil          | <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket  |
| <input type="checkbox"/> Rollator         | <input type="checkbox"/> El-moped          |  |

### Gångsträcka

Antal meter eller uppskattad sträcka som jag kan förflytta mig, utan väsentliga svårigheter:

Jag kan gå i vanliga trappor

- Ja, utan svårigheter  Ja, med vissa svårigheter  Ja, med väsentliga svårigheter  Nej, inte alls

### Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Stadsbuss	<input type="checkbox"/> Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand, med vissa svårigheter. <input type="checkbox"/> Jag kan endast resa med allmänna kommunikationer, om någon person följer med och hjälper mig. <input type="checkbox"/> Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer.
<input type="checkbox"/> Flexbuss, Närtrafik	
<input type="checkbox"/> Landsvägsbuss	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket	



## Ansökan färdtjänst

### Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Jag kan själv ta mig till bilen/fordonet	<input type="checkbox"/> Jag behöver extra benutrymme i bilen
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp av chauffören till bilen/fordonet	<input type="checkbox"/> Jag behöver vinklat säte i bilen
<input type="checkbox"/> Jag behöver färdas sittande i rullstol, (specialfordon)	<input type="checkbox"/> Jag behöver bäras till bilen/fordonet
<input type="checkbox"/> Jag behöver mera hjälp under själva resan, än vad jag kan få av chauffören, och <b>ansöker</b> om att få medföra <b>ledsagare</b>	
Ange hjälpbehovet	
Jag måste ta med behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning vid resa	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad	

### Övriga upplysningar

----------------------

Jag lämnar medgivande för att uppgifter om mitt färdtjänstillstånd får lämnas till Regionens Hus, Sjukreseenheten i Mariestad.
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre behöver färdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsten.

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med intygsskrivande läkare, tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan, och att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från dessa.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig, som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter, kommer att behandlas enligt PUL (personuppgiftslagen) i personregister hos kommunen, beställningscentralen och hos transportföretag.

### Namnteckning

Ort och datum	
Sökandens namnteckning	Namnförtydligande
Behjälplig med ansökan	Telefon (även riktnummer)

**Ansökan skickas till Grästorps kommun, Färdtjänsthandläggare, 467 80 Grästorp**