

Biståndsenheten
Trinnöjegatan 3
521 81 Falköping
0515-88 50 00

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Person uppgifter	Efternamn, förnamn	Personnummer
	Postadress	Telefonnummer
BESKRIVNING AV FUNKTIONSHINDER – MÖJLIGHET ATT ÅKA KOLLEKTIVTRAFIKEN		
Är funktionsnedsättningen bestående minst 3 månader ? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
Jag använder följande HJÄLPMEDEL		
<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Stödkäpp krycka/bock <input type="checkbox"/> Annat _____		
Hjälpmedel används <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Utomhus		
Jag har behov av ledsagare utöver den service som normalt ges av taxiföraren <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEJ		
Om JA, beskriv varför _____		
FÖRFLYTTNINGSMÖJLIGHETER:		
Jag klarar av att själv förflytta mig mellan bostad och närmaste busshållsplats		
<input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Aldrig		
Jag klarar av att stiga på/av buss		
<input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Aldrig		
FÄRDSÄTT	<input type="checkbox"/> Jag kan åka personbil	<input type="checkbox"/> Jag måste åka specialfordon
Restyp	<input type="checkbox"/> Arbetsresor/Utbildningsresor	<input type="checkbox"/> Privat resor
Intygande	Jag samtycker till att handläggare tar nödvändiga kontakter med andra verksamheter inom kommun/landsting, myndigheter och privat läkare som behövs för utredningen.	
	Jag samtycker även till att mina personuppgifter får lämnas vidare till Västtrafik Samresor om jag blir beviljad färdtjänst.	
	Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga.	
	Jag förbinder mig att till Biståndsenheten meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst.	
Underskrift	Datum	Underskrift