

Förnamn		Efternamn		Personnummer	
Bostadsadress		Postnummer		Ort	
Folkbokföringskommun			Telefonnummer / Mobilnummer		
Eventuell god man / förvaltare*, ombud* eller vårdnadshavare (för minderåriga)					
Förnamn		Efternamn		Telefonnummer	
Gatuadress		Postnummer		Ort	
Haft färdtjänst tidigare? <input type="checkbox"/> Ja Sedan år <input type="checkbox"/> Nej					
Om ja, i vilken kommun?					
Behov av tolk		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Om ja, vilket språk?	
Eventuell kontaktperson eller behjälplig med ansökan					
Förnamn		Efternamn		Telefonnummer	
*Kopia på förordnande som god man / förvaltare respektive fullmakt för ombud skall bifogas ansökan					

Jag godkänner att personuppgifterna i detta ärende behandlas enligt [dataskyddsförordningen \(GDPR\)](#) (öppnas i nytt fönster).

Beskriv ditt funktionshinder (art och omfattning) och beskriv på vilket sätt och i vilken utsträckning Du har svårigheter att förflytta dig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel. Ange synliga och / eller dolda funktionshinder (t.ex. nedsatt gångförmåga, orienteringshandikapp, allergier, fobier eller annat)					
Bifogar läkarutlåtande <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej		Läkarutlåtande skickas in direkt av undersökande läkare		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej	
Ladda upp läkarutlåtande					
Eventuella gånghjälpmedel					
Jag använder gånghjälpmedel		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nej			
Jag använder oftast följande gånghjälpmedel utomhus:					
<input type="checkbox"/> Stödkäpp / kryckor		<input type="checkbox"/> rollator / gåstol		<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	
<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven		(Storlek cm x cm)		<input type="checkbox"/> Elmoped (Storlek cm x cm)	
<input type="checkbox"/> Ledar-/assistanshund			<input type="checkbox"/> teknik-/markeringskäpp för synskadade		
<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person			annat, vad?		
Med dessa gånghjälpmedel		<input type="checkbox"/> kan jag		<input type="checkbox"/> kan jag inte förflytta mig själv utomhus sommartid	
Med dessa gånghjälpmedel		<input type="checkbox"/> kan jag		<input type="checkbox"/> kan jag inte förflytta mig själv utomhus vintertid	
Kommentar					

Gångsträcka

Jag kan själv (med ev. gånghjälpmedel) gå / förflytta mig max	meter utan vilopaus
Avstånd till närmaste hållplats	meter
Kommentar	

Nuvarande färd sätt

Jag reser med buss / lokaltåg	<input type="checkbox"/> Ja	Antal resor per månad	<input type="checkbox"/> Nej
Jag reser med närtrafik	<input type="checkbox"/> Ja	Antal resor per månad	<input type="checkbox"/> Nej
Jag reser med annat färdmedel	<input type="checkbox"/> Ja, med		<input type="checkbox"/> Nej
Jag kan inte resa alls på egen hand utan endast om annan person följer med på resan			<input type="checkbox"/>
Jag kan inte resa alls med kollektivtrafiken, inte heller med hjälp av annan person			<input type="checkbox"/>
Kommentar			

Hjälpbehov

Jag kan själv ta mig till bilen / fordonet	<input type="checkbox"/>
Jag behöver hjälp* med att ta mig till bilen / fordonet	<input type="checkbox"/>
Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla m m) och behöver ta med medresenär	<input type="checkbox"/>
Jag behöver mera hjälp* under själva resan än jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare	<input type="checkbox"/>
*Ange hjälpbehov	

Kommentar	
-----------	--

Övrigt

Jag har tillgång till bil och kör själv	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag har biviljats bilstöd från försäkringskassan	<input type="checkbox"/> Ja	år <input type="checkbox"/> Nej

Övriga upplysningar

--

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

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter inhämtas från, intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan, som har uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransport kan komma att behandlas enligt dataskyddsförordningen (GDPR) i personregister hos transportföretag som utför färdtjänsttransporter.

Ort och datum	Underskrift
---------------	-------------