FALKÖPINGS KOMMUN

Biståndsenheten
Daléngatan 4
521 31 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 6 månader ? ☐ JA ☐ NEJ

Jag använder följande HJÄLPMEDEL

☐ Rollator ☐ Rullstol ☐ Elrullstol ☐ Stödkäpp krycka/bock ☐ Annat _____

Hjälpmedel används ☐ Alltid ☐ Ibland ☐ Utomhus

Jag har behov av ledsagare utöver den service som normalt ges av taxiföraren ☐ JA ☐ NEJ

Om JA, beskriv varför _____

FÖRFLYTTNINGSMÖJLIGHETER:

Jag klarar av att själv förflytta mig mellan bostad och närmaste busshållsplats

☐ Alltid ☐ Ibland ☐ Aldrig

Jag klarar av att stiga på/av buss

☐ Alltid ☐ Ibland ☐ Aldrig

FÄRDSÄTT	☐ Jag kan åka personbil ☐ Jag måste åka specialfordon
Restyp	☐ Arbetsresor/Utbildningsresor ☐ 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