HEBY KOMMUN

VÅRD-OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN
BISTÅNDSENHETEN

Ansökan om färdtjänst

Dina personuppgifter behandlas och skyddas av Vård- och omsorgsnämnden i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679 (GDPR). Ändamålet med insamling och behandling är handläggning av Vård- och omsorgsnämndens ärenden och den rättsliga grunden är myndighetsutövning. Uppgifterna sparas i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen och arkivlagen och andra tillämpliga lagar. Läs mer om Heby kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter på: https://heby.se/kommun-politik/dataskyddsforordningen-gdpr/

Observera! Om det är första gången som du ansöker ska du även skicka med ett läkarutlåtande för färdtjänst. Har du beslut sedan tidigare ska din ansökan kunna kompletteras med läkarintyg om handläggaren begär det.

Vid frågor, kontakta biståndsenheten via medborgarservice på telefonnummer 0224-360 00

Ansökan skickas till;
Heby kommun
Biståndsenheten
744 88 Heby kommun

Ansökan gäller

☐ Förlängning ☐ Ny ansökan ☐ Förändring

Personuppgifter sökande (var vänlig och texta tydligt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Adress	Postnummer och ort	
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer	E-postadress

Behov av tolk

Behöver du tolk vid kontakt med handläggare? ☐ Ja ☐ Nej	Ange vilket språk

Uppgifter om eventuell företrädare

Bifoga fullmakt för ombud respektive kopia på förordnande som god man/förvaltare.

Namn på god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-postadress

2018-09-20 Formulär vård och omsorgsförvaltningen

Funktionshinder och hjälpmedel

Beskriv ditt/dina funktionshinder och vilka svårigheter det medför för dig vid resor;

_____

_____

_____

_____

_____

Uppskatta din maximala gångförmåga vid gång utan vilopaus på plan mark

Vid varmt väder; ☐ 0 – 100 m ☐ 100 – 200 m ☐ 200 – 500 m ☐ Mer än 500 m

Vid kallt väder; ☐ 0 – 100 m ☐ 100 – 200 m ☐ 200 – 500 m ☐ Mer än 500 m

Använder du hjälpmedel för att kunna gå?
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ibland

Vilket eller vilka sorters hjälpmedel behöver du för att kunna gå?
☐ Rullstol ☐ Rollator ☐ Kryckkäppar ☐ Käpp ☐ Stöd av annan person

Annat, ange vad_____

Är hjälpmedlet hopfällbara?
☐ Ja ☐ Nej ☐ Ibland

Behöver du åka rullstolstaxi?

☐ Ja ☐ Nej

Om **ja**, varför behöver du åka rullstolstaxi?

_____

_____

_____

Kan du gå i trappor?

☐ Ja ☐ Nej

Om **nej**, beskriv dina svårigheter och vilken hjälp du behöver för att ta dig upp för trappor:

_____

_____

_____

Kan du samåka med andra?

☐ Ja ☐ Nej

Om **nej**, varför kan du inte samåka? *(behovet bör styrkas med läkarintyg)*

_____

_____

_____

Behöver du endast färdtjänst vintertid?

☐ Ja ☐ Nej

Om **ja**, varför behöver du endast färdtjänst vintertid?

_____

_____

_____

Resa med kollektivtrafik

Kan du ta dig till busshållplats och/eller tågstation?

☐ Ja

☐ Nej

Om **nej**, uppge avstånd till busshållplats/tågstation _____ meter, samt beskriv vad det är som gör att du inte kan ta dig till busshållplats/tågstation

_____

_____

_____

Finns det geografiska hinder som medför svårigheter för dig att åka kollektivt?

☐ Ja ☐ Nej

Om **ja**, ange vilka:_____

Kan du gå på och av buss utan hjälp?

☐ Ja ☐ Nej

Om **nej**, varför behöver du hjälp vid av – och påstigning?

_____

_____

_____

Ledsagare
Ledsagare beviljas enbart om du behöver hjälp under resan och **inte** för stöd/hjälp under vistelsen vid resmålet.

Är du i behov av att ha ledsagare med dig under resan? ☐ Ja, antal_____ ☐ Nej
Om **ja**, beskriv ditt behov av ledsagare: _____ _____ _____

Observera! Om du beviljas ledsagare ansvarar du själv för att du har någon som är din ledsagare under resan.

Beviljade insatser

Har du insatser beviljade från Heby kommun? ☐ Nej ☐ Ja, ange vilka: _____

Samtycke
För att göra en bedömning av behovet av färdtjänst behöver handläggare ibland ta kontakt med, och inhämta uppgifter från, andra myndigheter.

Härmed samtycker jag till att ansvarig handläggare får ta kontakt med läkare som skriver utlåtande samt tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan. ☐ Ja ☐ Nej

Behjälplig vid ansökan

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Relation ☐ Anhörig, vilken relation_____ ☐ God man ☐ Förvaltare ☐ Annat_____		

Sökandes underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande