



STAFFANSTORPS
KOMMUN

Ansökan om färdtjänst

SÖKANDE

Namn		Personnummer
Adress		Telefonnummer
Postnr	Postadress	
E-postadress		

GOD MAN/FÖRVALTARE, VÅRDNADSHAVARE eller OMBUD

Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress

*kopia på förordnade alternativt fullmakt ska bifogas ansökan

FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Beskriv hur din sjukdom/funktionssvårigheter begränsar din förmåga, samt ange omfattningen av detta och uppskattad varaktighet av nedsättningen.

FÖRFLYTTNING sker med hjälp av

Rullstol

Kan åka vanlig bil /personbil

Käpp (ar)

Måste åka med specialfordon

Rullator

Måste hämtas/lämnas i lägenhet

Annat vad _____

Jag kan med gånghjälpmedel **gå som längst** _____ **meter.**

Jag kan gå i trappor med ledstång Ja Nej Delvis

Om **Nej** eller **delvis**, varför inte? _____

SVÅRIGHETER ATT FÖRFLYTTA SIG – Beskriv varför det är svårt att förflytta sig på egen hand.

RESOR SOM ANSÖKAN AVSER

Resor för att uträtta ärenden, åka till vänner med mera

Resor till och från arbete

ANGE VARFÖR DU INTE KAN RESA MED BUSS ELLER TÅG

LÄKARINTYG

I vissa fall kan din ansökan behöva kompletteras med ett läkarintyg. Vi kommer då höra av oss till dig.

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR (bor på särskilt boende, har texttelefon, annat språk, behov av tolk osv.)

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga:

Namnteckning

ort och datum

Behjälplig vid ansökan

telefon dagtid

Ansökan skickas till:

STAFFANSTORPS KOMMUN

Vård och Omsorg

245 80 Staffanstorp