



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/funktionssvårighet begränsar din förmåga, samt ange omfattningen av detta samt uppskattad varaktighet av nedsättningen

Förflyttning sker med hjälp av

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Kan åka vanlig bil/personbil |
| <input type="checkbox"/> Käpp (ar) | <input type="checkbox"/> Måste åka med specialfordon |
| <input type="checkbox"/> Rullator | <input type="checkbox"/> Måste hämtas/lämnas i lägenhet |
| <input type="checkbox"/> Annat: _____ | |

Jag kan gå med gånghjälpmedel och 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

Ledsagare

Föraren hämtar dig vid plats som du uppgivit vid beställning och hjälper dig med hjälpmedel samt bagage.

Klarar du att resa med den service som föraren ger? Ja Nej

Behöver du hjälp under själva resan? Ja Nej
(Det gäller inte före resan eller vid resmålet)

Om du svarat ja, beskriv vilken hjälp du behöver under resan

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 kollektivtrafik (tåg, buss)

Övriga upplysningar (bor på särskilt boende, har texttelefon, annat språk, behov av tolk, o.s.v.)

Samtycke

Vid stöd ifrån Socialtjänsten lämnas medgivande att socialförvaltningen i Staffanstorp får utbyta information mellan berörd personal inom socialtjänstens myndighetsenhet och utförare för att kunna säkerställa utförandet av beslutat stöd. Detta innebär att informationen hanteras med sekretess enligt bestämmelser om tystnadsplikt och sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), socialtjänstlagen (2001:453)

Datum och underskrift

Ansökan skickas till

Staffanstorps kommun
Omsorgsförvaltningen
245 80 Staffanstorp

Hantering av personuppgifter

Staffanstorps kommun är personuppgiftsansvarig för de uppgifter du lämnar till oss. Vid handläggningen av ditt ärende registreras och behandlas vid behov ditt personnummer och andra kontaktuppgifter i kommunens ärendehanteringssystem. Vi behöver registrera dina personuppgifter för att kunna fullgöra våra åtaganden gentemot dig. Personuppgiftsansvarig nämnd är omsorgsnämnden.

Upptäcker du att en personuppgift är felaktig och behöver rättas eller om du önskar mer information om hur dina personuppgifter används ber vi dig kontakta oss.