

Ansökan om färdtjänst

Sökande

Förnamn och efternamn	Personnummer:	E-postadress:
Gatuadress:		Postnummer och Ort
Telefon dagtid:		Telefon mobil:
<input type="checkbox"/> Jag är i behov av tolk	Språk:	
Funktionsnedsättning/Hälsa/Diagnos		
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn/hörsel/tal	<input type="checkbox"/> Gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter
<input type="checkbox"/> Annat		
Kan du åka med allmänna kommunikationer?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om Nej - På vilket sätt hindrar din funktionsnedsättning dig att åka med allmänna kommunikationer?		
Har du hjälpbehov under pågående färd?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja - Beskriv ditt hjälpbehov under färden i fordonet		
Hur långt kan du förflytta dig?		

Hjälpmedel

Använder du hjälpmedel vid förflyttning?			
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator - Fällbar	<input type="checkbox"/> Rollator - Ej fällbar	<input type="checkbox"/> Käpp/krycka
<input type="checkbox"/> Syrgasapparat	<input type="checkbox"/> Vit käpp	<input type="checkbox"/> Ledarhund	
<input type="checkbox"/> Annat:			

Om Rullstol - vänligen definiera		
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol <50kg	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol >50kg
Höjd (cm)	Bredd (cm)	Längd (cm)
Vikt, inklusive resenär (kg)	Klarar du att förflytta dig mellan rullstol och personbils framsäte?	
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om Nej - Beskriv varför:		

Medgivande

Den sökande ska själv inkomma med uppgifter som styrker funktionsnedsättning/behov. Handläggare kan dock ibland behöva förtydligande kompletteringar. Genom att kryssa i nedan ger Du handläggaren medgivande att vid behov kontakta/söka information i/hos

Omsorgsförvaltningens SoL-akt Omsorgsförvaltningens LSS-akt

Anhörig: Namn: _____ Telefonnummer: _____

Annat:

Vårdnadshavare 1

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

Vårdnadshavare 2

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:

God man/Förvaltare/Företrädare med fullmakt
Förordnande/Fullmakt ska bifogas

Förnamn och efternamn:	E-postadress:
Gatuadress:	Postnummer och Ort:
Telefon dagtid:	Telefon mobil:
Typ av uppdrag: <input type="checkbox"/> Sörja för person <input type="checkbox"/> Förvalta egendom <input type="checkbox"/> Bevaka rätt	

Underskrift

Sökande/ Företrädare:	Namnförtydligande:
-----------------------	--------------------

Samtycke

Om du vill att någon anhörig ska få ta del av information gällande ditt ärende måste du fylla i det samtycke som bifogas denna ansökan. Samtycket gäller enbart informationsutbyte och kommer inte på något sätt påverka dina insatser

Fullmakt

Om du vill att någon annan ska företräda dig ska en fullmakt upprättas mellan dig och aktuell person (fullmaktstagare).

Du hittar en fullmakt att använda under Trollhättans stads hemsida - e-tjänster och blanketter - Omsorg och hjälp. Det är dock inte nödvändigt att använda denna fullmakt så länge nödvändig information (som framgår av blanketten) framkommer ändå.

En fullmakt kan när som helst återtas av dig genom att du meddelar detta muntligen eller skriftligen till Biståndsenheten/Kontaktcenter.

Ansökan, samtycket och eventuell fullmakt skickas till:

Biståndsenheten
Trollhättans Stad
Box 981
46183 Trollhättan