

ANSÖKAN om färdtjänst**Ansökan gäller** Nytt tillstånd Förlängt tillstånd**Sökande**

| | | |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Namn | | Personnummer (10 siffror) |
| Bostadsadress | | |
| Postnummer | Ort | Telefonnummer |
| Är du folkbokförd i Sverige? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Din ansökan

| | | |
|---|--|------------------------------|
| Gäller ansökan färdtjänst till privata resor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Gäller ansökan även resor till från arbete/daglig verksamhet/studier? | <input type="checkbox"/> Ja, ange adress nedan | <input type="checkbox"/> Nej |
| Adress | | |
| Postnummer | Ort | Telefonnummer |

Om ditt hälsotillstånd/funktionsnedsättning

Beskriv på vilket sätt och i vilken omfattning du har svårigheter att förflytta dig på egen hand.
Förutom din egen beskrivning ska intyg/utlånade från hälso- och sjukvården (arbetsterapeut/fysioterapeut/läkare/sjuksköterska) bifogas.

Funktionsnedsättningen beräknas pågå:

 mindre än 3 månader 3 – 12 månader mer än 12 månader vet ej

Kollektivtrafik

| | | | |
|---|--|---|------------------------------|
| Kan du resa med buss/tåg? | <input type="checkbox"/> Ja, självständigt | <input type="checkbox"/> Ja, med stöd/hjälp | <input type="checkbox"/> Nej |
| Beskriv vilken hjälp du behöver eller varför du inte kan åka med buss/tåg | | | |

Bostad

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lägenhet | <input type="checkbox"/> Villa | |
| <input type="checkbox"/> Markplan, inga trappor | <input type="checkbox"/> Ej markplan, ange antal trappor | <input type="checkbox"/> Yttertrappa finns, ange antal trappsteg |
| <input type="checkbox"/> Ramp finns | <input type="checkbox"/> Hiss finns | |

Inför kontakten med dig

| | | |
|---|--|---|
| Behöver du tolk? | <input type="checkbox"/> Ja, ange vilket språk | <input type="checkbox"/> Nej |
| Vem vill du att vi kontaktar om vi behöver mer uppgifter? | <input type="checkbox"/> Mig själv | <input type="checkbox"/> Kontaktperson enligt nedan |

Eventuell kontaktperson Exempelvis god man, förvaltare eller ombud

| | | |
|---------------|-----|---------------|
| Namn | | |
| Bostadsadress | | |
| Postnummer | Ort | Telefonnummer |

Samtycke

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Jag samtycker till att färdtjänsthandläggare får ta kontakt med läkare och i förekommande fall med tjänstemän hos kommun, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst |
| <input type="checkbox"/> Jag samtycker inte till att uppgifter hämtas enligt ovan. Jag ser själv till att färdtjänsthandläggare får de uppgifter som krävs. |
| Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga |
| Ort och datum |
| Underskrift |
| Namnförtydligande |

Ansökan skickas till: Älmhults kommun, Färdtjänsthandläggare, Box 500, 343 23 Älmhult

Information om personuppgiftsbehandling

För att kunna behandla din ansökan/anmälan kommer vi att registrera den och dina personuppgifter i vårt ärendesystem. Du har enligt Dataskyddsförordningen rätt att ta del av de uppgifter som gäller dig själv i vårt register och även begära rättelse av dessa.

För att läsa mer om GDPR (Dataskyddsförordningen) gå in på www.almhult.se

Personuppgiftsansvarig är socialnämnden.