

Ansökan om särskild kollektivtrafik/färdtjänst

Särskild kollektivtrafik/färdtjänst

Färdtjänst är en del av kollektivtrafiken för den som på grund av funktionshinder har stora svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel. Funktionshindret ska beräknas vara i minst tre månader. Det är endast funktionshindret som är avgörande för rätten till färdtjänst. Färdtjänst beviljas inte på grund av att allmänna kommunikationsmedel saknas. Ett färdtjänsttillstånd kan kombineras med individuella föreskrifter och villkor. Färdtjänst får inte nyttjas för resor till och från hälso- och sjukvård. För dessa resor bokas via sjukvården.

Ledsagare

Den som behöver hjälp i **fordonet under själva resan** kan beviljas ledsagare. I förarens uppdrag ingår hjälp vid i- och urstigning samt hjälp vid i- och urlastning av hjälpmedel och normalt bagage. Observera att det är du själv som anlitar ledsagare. För färdtjänstberättigade barn under 7 år är ledsagare obligatoriskt.

Medicinskt utlåtande

Om ansökan behöver kompletteras med medicinskt utlåtande kan handläggare be dig inkomma med detta. Har du ett aktuellt medicinskt utlåtande kan du bifoga detta med ansökan.

Personuppgifter

Namn	Personnummer (12siffror)
Folkbokföringsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	Folkbokföringskommun
E-post	

Eventuell kontaktperson

☐ God man* ☐ Ombud ☐ Annan, ange relation till sökande ☐ Förvaltare* ☐	
Namn	Telefonnummer
Namn	Telefonnummer

*Kopia av registerutdrag/fullmakt ska bifogas.

Vid kontakt med dig gällande ansökan

Behöver du tolk?	☐ Ja ☐ Nej ☐ Dövtolk	Om ja, ange vilket språk
Vem vill du helst att vi kontaktar?	☐ Mig själv ☐ Företrädare, enl ovan ☐ Annan, ange nedan	
Namn	Telefonnummer	

Min bostad

Om lägenhet? Ange våningsplan.	Yttertrappa, ange steg	☐ Hiss ☐ Ramp
Särskilt boende? ☐ Ja ☐ Nej	Namn på boende, ange avdelning	
Villa? ☐ Ja ☐ Nej	Ingång på markplan? ☐ Ja ☐ Nej Ange trappsteg	

Funktionsnedsättningar av vikt för ansökan

Ange ev fysiska och/eller psykiska skador/sjukdomar.			
Beräknad varaktighet			
3-6 månader	6-12 månader	Mer än 12 månader	Vet ej

Förflyttningsförmåga

Beskriv på vilket sätt du har svårigheter att förflytta dig på egen hand.

Gångförmåga/Hjälpmedel

Använder du hjälpmedel vid förflyttning, vilket/vilka?	Hur långt kan du maximalt förflytta dig? (med ev. hjälpmedel)
☐ Käpp/krycka ☐ Rullstol	☐ 0–50 m ☐ 50–200 m ☐ > 200 m
☐ Rollator ☐ Service-/ledarhund (bifoga intyg)	Kan du gå i trappor?
☐ El-rullstol ☐ Annat, ange vad:	☐ Ja ☐ Ja, med svårighet ☐ Nej

Behov av hjälp under resa med färdtjänst, fordon

Behöver du hjälp av ledsagare i fordonet under resan ?
☐ Ja ☐ Nej
Om ja, beskriv vilken hjälp du behöver i fordonet under resan och varför

Förmåga att resa med buss.

Kan du resa med buss

☐ Ja, på egen hand☐ Ja, med stöd av annan person☐ Nej**Behov av hjälp vid resa med färdtjänstfordon.**

Fyll i det som stämmer in på dig.

- ☐ ----- Jag kan själv ta mig till fordonet
- ☐ ----- Jag kan ta mig till fordonet med förarens hjälp

Beskriv utförligt ditt hjälpbehov vid färdtjänstresan.

Övriga upplysningar**Underskrift jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga**

Datum	Underskrift sökande/företrädare
Underskrift	
Underskrift	

Myndigheten hanterar alla personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen GDPR artikel 6 e och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Ansökan skickas till:

Åsele Kommun
Vasagatan 5
919 85 ÅSELE

Kontaktuppgifter:

Telefon: 0941--14051, 0941-14050
Vardagar 09:00-09.45
E-post : bistand@asele.se