



Läkarutlåtande ska skickas med förstagångsansökan. Förnyad ansökan kan behövas kompletteras på begäran från handläggare.

### Ansökan avser

<input type="checkbox"/> Ny färdtjänst	<input type="checkbox"/> Förnyad färdtjänst	<input type="checkbox"/> Förändring av beviljad färdtjänst
--	---	--

Det är viktigt att ansökan är ifylld även om ett läkarintyg bifogas. Ej fullständig ansökan skickas tillbaka för komplettering. Glöm inte att skriva under.

Förnamn	Efternamn	Personnummer
Adress, postnummer och postort		
Telefon	E-post	

### Funktionsnedsättning

Ange synliga och/eller dolda funktionsnedsättningar	
Hjälpmedel vid förflyttning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Typ av hjälpmedel?	
<input type="checkbox"/> Käppkrycka <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Fällbar rullstol <input type="checkbox"/> Annat	Om annat, ange vad
Hur långt kan du gå?	Med hjälpmedel _____ meter Utan hjälpmedel _____ meter



## Allmänna kommunikationer

Jag kan ta mig självständigt till busshållplatsen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag kan självständigt med hjälpmedel/stöd ta mig i och ur buss och pendeltåg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag kan självständigt resa med buss och pendeltåg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

## Funktionsförmåga

Beskriv dina svårigheter att resa med allmänna kommunikationer
--

## Färdsätt och hjälpbehov

Hur färdas du idag?	
Jag kan ta mig själv till fordonet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Jag kan kliva i och ur vanlig bil <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, med hjälp <input type="checkbox"/> Nej	
Jag kan inte åka i vanlig bil och ansöker om att åka med anpassat fordon <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, jag behöver en bil med ramp eller liknande.	
Jag behöver mer hjälp än vad föraren kan ge och ansöker om ledsagare då jag inte kan <b>genomföra resan</b> ensam. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Beskriv vad du behöver utöver vad föraren som hjälper till med bagage, hjälpmedel, att ta sig i och ur fordonet, säkerhetsbälte samt vid behov följa med till dörren	
Övriga upplysningar	

## Samtycke

Samtycker du till att handläggaren vid behov får kontakta läkare, omsorgspersonal eller motsvarande för att få kompletterande upplysningar?

Ja  Nej

## Underskrift

Ort och datum	
Sökande	Namnförtydligande
God Man/anhörig/Vårdnadshavare/förvaltare	Namnförtydligande

### Blanketten skickas till:

Boxholms kommun  
Socialtjänsten  
Box 79  
595 03 Boxholm

- Du kommer att få beslut efter att vi gjort en rättssäker bedömning av ditt ärende.
- Vi behöver spara och behandla dina personuppgifter. De kommer att sparas i kommunens ärendehanteringssystem.
- Vid behandlingen av personuppgifterna tillämpas gällande integritetslagstiftning.
- Du har möjlighet att ta reda på vad som sparats. Du kontaktar handläggaren på ovanstående adress.

