



Sottunga kommun
 Socialkansliet
 AX 22730 Kökar
 Tel +358 40 487 9400
 E-post: camilla.enberg@kokar.ax

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT HANDIKAPPSERVICELAGEN ELLER SOCIALVÅRDSFÖRORDNINGEN

A. Grunduppgifter

Efternamn _____ Förnamn _____

Personuppgift _____

Adress _____ Postnummer _____

Telefon _____

Yrke _____ Mantalskriven i _____

Boende: ___ bor ensam
 ___ make/maka
 ___ sambo
 ___ har familj/familjemedlemmar/anhöriga inom räckhåll

Ifylles vid behov:

Jag har med hjälp av följande person fyllt i denna blankett:

___ släkt/anhörig _____

___ socialekr _____

___ hemtjänst _____

___ annan, vem _____

Ifylles vid behov:

Jag har följande kontaktperson i ärendet:

Namn _____

Adress _____

Tel.nr _____

Jag samtycker härmed till att socialekreteraren vid behov kontaktar social- och sjukvårdsmyndigheter för tilläggsuppgifter, exempelvis hemtjänst, hemsjukvård och eventuellt för läkarintyg

___ja ___nej

B.FUNKTIONSHINDER

Funktionshinder/sjukdom: ___ Demenssjukdom ___ Hjärtsjukdom
 ___ Lungsjukdom ___ Reuma
 ___ Utvecklingsstörning ___ Synskada
 ___ Neurologisk sjukdom ___ Cancersjukdom
 ___ Psykisk sjukdom
 ___ Annan sjukdom/funktionshinder _____

Förtydliga gärna ditt svar gällande sjukdomsbild / funktionshinder

Jag har haft ovanstående funktionshinder/sjukdom sedan _____

Ringa in rätt alternativ,

Kan självständigt färdas med taxi	Ja	Nej
Klarar på- och avstigning självständigt	Ja	Nej
Kan självständigt sköta ärenden (handla mat, bank, apotek mm)	Ja	Nej
Kör bil själv	Ja	Nej
Kan självständigt vistats utanför hemmet	Ja	Nej
Klarar minst 500 meters promenad sträcka	Ja	Nej
Hushållet disponerar bil	Ja	Nej
Speciellt stora svårigheter vintertid, På vilket vis? _____	Ja	Nej

C. EGEN RÖRLIGHET

Använder du hjälpmedel Ja Nej

Vad?

Rullstol Rollator kryckor Käpp

Elrullstol Sängpatient Syreanrikare

Annat, vad? _____

Syn: Normal Nedsatt Blind

Hörsel: Normal Nedsatt Blind

Nuvarande vårdformer:

Hemtjänst hemsjukvård Dagsjukvård

Närståendevård Personlig hjälpare Trygghetstelefon

Avlastningsvård/korttidsvård

Var? _____

Annat _____

D. BEHOV AV FÄRDTJÄNST

Behov av färdtjänst:

(kan vara flera alternativ)

Sköta vardagliga ärenden(butik, bank, apotek m.m.)

Fritidsaktiviteter

Hälsa på anhöriga/bekanta/vänner

Arbete/studier

Annat, vad? _____

Jag behöver färdtjänst _____ ggr/vecka eller _____ ggr/månad

Jag behöver: Taxi Hjälptill och från taxin

Annat, vad? _____

Jag vill själv beskriva min sjukdom/funktionshinder och behov av färdtjänst på följande sätt:

Dessa frågor besvaras endast av dem som redan är/varit beviljade färdtjänst sedan tidigare och där detta är en omprövning eller förlängning av beviljandet av färdtjänst

Hur ofta har jag nyttjat min färdtjänst? Flera gånger per vecka
 Några gånger per månad
 Några gånger per år

Har biljetterna räckt till för att täcka transportbehovet? Ja Nej

Andra kommentarer _____

Min/mina behandlande läkare är:

Vilken behandlande läkare kan vid behov kontaktas av socialsekreteraren i kommunen för kompletterande läkarutlåtande för ansökan:

Läkarens arbetsplats:

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga

Datum

Ort

Underskrift

Namnförtydligande

De personuppgifter du lämnar på denna blankett används för att möjliggöra Kökars kommuns administration av ditt ärende. Uppgifterna sparas i kommunens datasystem. För frågor om eller ändring av personuppgifter i datasystemet, ta kontakt med dataskyddet i Sottunga kommun.