



STRÖMSTADS KOMMUN

Socialförvaltningen

Ansökan om färdtjänsttillstånd

Strömstads Kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
Brunnsgatan 2
452 80 Strömstad

Enligt den nya dataskyddsförordningen är vi skyldiga att informera dig som är registrerad hos Strömstads kommun om hur dina personuppgifter hanteras. De uppgifter vi registrerar om dig är de som efterfrågas i dokumentet. De används för ändamålet handläggning av färdtjänst enligt Lag om färdtjänst med rättsligt stöd för hanteringen utifrån att det är för att möjliggöra myndighetsutövning. Strömstads kommun är personuppgiftsansvarig för behandlingen. Information om hur Strömstads kommun hanterar personuppgifter finns på www.stromstad.se/personuppgifter



Information om färdtjänst

Vad är färdtjänst?

Färdtjänst är en del av kollektivtrafiken för den som på grund av funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller resa med allmänna kommunikationer. Precis som i den övriga kollektivtrafiken reser du tillsammans med andra när du åker färdtjänst. Resor som betalas av annan huvudman berättigar inte till färdtjänsttillstånd.

Vem kan få färdtjänst?

Den som söker färdtjänst måste vara folkbokförd i Strömstads kommun och ha en funktionsnedsättning som beräknas vara i minst tre månader. Det är funktionsnedsättningens omfattning som avgör om du har rätt till färdtjänst. Färdtjänst kan inte beviljas på grund av att allmän kollektivtrafik saknas eller är dåligt utbyggd.

Vid ny ansökan eller om du har ett tidsbegränsat tillstånd och behöver fortsatt färdtjänst lämnar du en ny ansökan om färdtjänst i god tid innan tillståndet löper ut (gäller även arbetsresor). Du ansvarar själv för att kontrollera när ditt tillstånd löper ut.

God man/Förvaltare

Den som har god man eller förvaltare ska bifoga registerutdrag från överförmyndarnämnden till ansökan.

Service och hjälp vid färdtjänstresa

En färdtjänst resa innebär normal taxiservice, dvs. att föraren hjälper resenären i och ur bilen, med säkerhetsbältet och till och från entrédörr på markplan.

Ledsagare

Den som behöver hjälp under resan i fordonet kan beviljas ledsagare. Behovet av hjälp under resan måste utförligt beskrivas i ansökan och beslutas av handläggare.

Medresenär

Som färdtjänstberättigad har du rätt att ta med dig en medresenär samt egna barn under 18 år (Högst tre personer inklusive den färdtjänstberättigade). Medresenären betalar avgift enligt gällande taxa. Du bokar plats för din medresenär i samband med att du beställer din resa.

Medicinskt utlåtande

Om färdtjänstutredningen behöver kompletteras med medicinskt utlåtande ber din handläggare dig att kontakta aktuell vårdgivare.

Reseområde

Reseområdet för färdtjänst är inom Strömstads, Tanums och Haldens kommun. Vid resor utanför färdtjänstområdet gäller regler för riksfärdtjänst. Kontakta din handläggare vid behov av ansökan.

Information

För att få mer information, ring 0526-193 31 eller växel 0526-190 00.



Ansökan skickas till:

Strömstads kommun
Socialförvaltningen
Biståndsenheten
Brunnsgatan 2
452 80 Strömstad**Ansökan om färdtjänst****Personuppgifter**

Efternamn	Förnamn	Personnummer (12 siffror)
Bostadsadress		Telefonnummer bostad inkl. riktnummer
Postnummer	Ort	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon
E-postadress		
God man/förvaltare (bifoga registerutdrag)		Telefonnummer
Folkbokföringskommun		Har haft färdtjänst tidigare? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Behov av språktolk Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Om Ja, på vilket språk? _____	

Min bostad

Hur bor du?	
Villa <input type="checkbox"/>	Yttertrappa <input type="checkbox"/> Antal steg Hiss finns <input type="checkbox"/> Ramp finns <input type="checkbox"/>
Lägenhet <input type="checkbox"/>	på våningsplan Hiss finns <input type="checkbox"/>
Äldreboende, gruppboende, korttidsboende/rehab Ja <input type="checkbox"/>	
Namn på boendet: _____	



Funktionsnedsättning/Hälsotillstånd

Ge en utförlig beskrivning av din funktionsnedsättning/hälsotillstånd. Tidpunkt för insjuknande/skada.

Beskriv på vilket sätt och i vilken omfattning du har svårigheter att förflytta dig på egen hand.

Beräknad varaktighet

3-6 månader

6-12 månader

mer än 12 månader

osäkert

Förflyttningsförmåga

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) maxmeter

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max..... meter (inklusive vilopaus)

Jag kan gå i trappa Ja Nej

Jag kan gå i trappa med hjälp Ja Nej

Hjälpmedel

Vilka hjälpmedel använder du?

Käpp/Krycka

Rollator

Normalstor rullstol

Stor rullstol

Service- ledarhund

Annat

Mått/Vikt på rullstol: cm lång cm bred cm hög kg



Färd sätt

När jag reser idag reser jag med:		
Buss <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Ronden <input type="checkbox"/> Närtrafik <input type="checkbox"/> Egen bil <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Flera alternativ kan kryssas</div> Annat färdmedel _____ Ange vad _____	
Jag kan resa i personbil <input type="checkbox"/>	Jag måste sitta i rullstol under resan <input type="checkbox"/>	Jag behöver ligga under resan <input type="checkbox"/>
Jag behöver resa ensam <input type="checkbox"/> (Läkarintyg krävs)		
Beskriv dina eventuella svårigheter när du åker med kollektivtrafiken (såsom tåg och buss)		
_____ _____ _____		

Hjälpbehov/Ledsagare

Fyll i det som stämmer på dig	
Jag kan själv ta mig till fordonet <input type="checkbox"/>	Jag kan ta mig till fordonet med förarens hjälp <input type="checkbox"/>
Jag behöver mer hjälp under resan än vad föraren kan ge mig och ansöker därför om ledsagare <input type="checkbox"/>	
Beskriv nedan ditt hjälpbehov under resan utöver den service som föraren kan bistå med	
_____ _____ _____	

Resor till och från arbete/daglig verksamhet

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------

**Övrigt**

Övriga upplysningar

Företrädare (kopia av förordnande/fullmakt ska bifogas)

God man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)		
Utdelningsadress		Telefonnummer bostad inkl. riktnummer.
Postnummer	Ort	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon
E-postadress		

Jag har fått hjälp att fylla i blanketten av

Namn på den som hjälpt till med ansökan (kontakt tas alltid med den sökande i första hand)	
Relation till sökanden	Telefonnummer dagtid/mobiltelefon

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga

Jag medger att färdtjänsthandläggaren får ta kontakt med läkare och i förekommande fall med tjänstemän hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst. Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
(Om Du avstår att lämna ditt samtycke ansvarar Du själv för att färdtjänsthandläggaren får de uppgifter som krävs)	
Jag lämnar mitt medgivande till kontakt med sjukreseenheten för att informera om mina färdtjänstinsatser Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Uppgifterna kommer att registreras hos kommunen och dess avtalspartner (Beställningscentralen)	
Ort och datum: _____	
_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
Behjälplig vid ansökan:	
_____ Underskrift	_____ Namnförtydligande
Telefonnummer _____	