


**ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST
enligt socialvårdslagen**

Datum då ansökan anlänt

1	<input type="checkbox"/> Sökandes sociala situation.											
	<input type="checkbox"/> Sjukdom: _____ Syn: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> kraftigt nedsatt Hörsel: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> kraftigt nedsatt											
2	Släktnamn och förnamn <hr/> <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td data-bbox="341 891 919 958">Personbeteckning</td> <td data-bbox="919 891 1412 958">Yrke</td> </tr> <tr> <td data-bbox="341 958 1083 1025">Adress</td> <td data-bbox="1083 958 1412 1025">Postnummer</td> </tr> <tr> <td data-bbox="341 1025 919 1093">Telefon hem</td> <td data-bbox="919 1025 1412 1093">Telefon till tjänsten</td> </tr> </table>			Personbeteckning	Yrke	Adress	Postnummer	Telefon hem	Telefon till tjänsten			
Personbeteckning	Yrke											
Adress	Postnummer											
Telefon hem	Telefon till tjänsten											
3	Handikapp och/eller sjukdom <hr/> <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td data-bbox="341 1151 1083 1218">Använder Ni hjälpmedel?</td> <td data-bbox="1083 1151 1254 1218">Nej</td> <td data-bbox="1254 1151 1412 1218">Ja</td> </tr> </table> Har viss svårighet att röra sig obehindrat utan att vara gravt handikappad <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Käpp Annat, vilket? <hr/> <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td data-bbox="341 1384 1083 1451">Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden</td> <td data-bbox="1083 1384 1254 1451"></td> <td data-bbox="1254 1384 1412 1451"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%"> <tr> <td data-bbox="341 1458 1083 1525">Hushållet har egen bil</td> <td data-bbox="1083 1458 1254 1525">Nej</td> <td data-bbox="1254 1458 1412 1525">Ja</td> </tr> </table> Sökandes nettoinkomster/månad <input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____ Make/make, nettoinkomst/månad <input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____ Övriga tillgångar: Boendekostnader Övriga uppgifter, t.ex medicinkostnader			Använder Ni hjälpmedel?	Nej	Ja	Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden			Hushållet har egen bil	Nej	Ja
Använder Ni hjälpmedel?	Nej	Ja										
Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden												
Hushållet har egen bil	Nej	Ja										

4	UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET, SJKDO- MEN OCH LEVNADS- FÖRHÅL- LANDENA		
	Hur rör Ni er inne i Er bostad?		
	Finns det hiss i huset?	Nej	Ja
	Hur klarar Ni Er i trapporna?		
	Hur rör Ni Er utomhus?		
	Bostadens läge med tanke på service och trafikförbindelser? (T.ex. avståndet till närmaste hållplats, terrängen och boendemiljön, servicens läge)		
	Trafikmedel som Ni använder vid uträttandet av ärenden och fritidsresor?		
	<input type="checkbox"/> Offentliga trafikmedel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Invataxi <input type="checkbox"/> Egen bil <input type="checkbox"/> Änder Ni taxi till följande resor? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Till hälsocentralen <input type="checkbox"/> Till sjukhus <input type="checkbox"/> Till rehabilitering (fysioterapi o. dyl.) <input type="checkbox"/> Andra resor, vilka		
	Hur många resor behöver Ni enligt egen uppfattning?		Antalet resor
Kan Ni använda låggolvsbussar/ servicelinjer?		Nej Ja Ibland	
Kan Ni använda trafikmedel med hjälp av ledsagare?		Nej Ja	
Har Er familj bil?		Nej Ja	
5	I annans tjänst	Självständig yrkesutövare	
	Arbetsgivare		
	Arbetsplatsens adress		
	Antal arbetsdagar per vecka		Den dagliga arbetstiden
	Har Ni möjlighet att göra Era arbetsresor som grupptransport?		Nej Ja
	Erhåller Ni bidrag för Era arbetsresor från annat håll, varifrån?		
6 STUDIER	Läroanstaltens namn		

	Läroanstaltens adress		
	Studiernas begynnelse datum	Studiernas avslutningsdatum	Antal studiedagar per vecka
	Har Ni möjlighet att göra Era studieresor som grupp-transport?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
	Erhåller Ni stöd från annat håll, t.ex. från Folkpensionsanstalten?		
7 BILAGOR	<input type="checkbox"/> Intyg av läkare som erhålles på social-servicebyråerna <input type="checkbox"/> Intyg över arbetsförhållande eller studier vid ansökan om transportservice för dylika resor		
8 TILLÄGGS-UPPGIFTER	Använd bilaga vid behov		
9 UNDER-SKRIFT	Ort och datum	Ansökarens underskrift och förtydligande av den	
10 MYNDIG-HETEN IFYLLER			