



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST MED STÖD AV HANDIKAPPSERVICELAGEN

Datum då ansökan anlänt

1 TRANSPORT-SERVICE SOM ANSÖKS	Ansöker om transportservice för följande resor		
	<input type="checkbox"/> Fritidsresor omfattande färder på grund av skötsel av ärenden, samhälleligt deltagande rekreation, eller resor som av andra orsaker hör till det dagliga livet.		
	<input type="checkbox"/> Arbetsresor, fyll i punkt 4		
	<input type="checkbox"/> Studieresor, fyll i punkt 5		
<input type="checkbox"/> Servicecentralresor			
2 ANSÖKARENS PERSONUPPGIFTER	Släktnamn och förnamn		
	Personbeteckning		Yrke
	Adress		Postnummer
	Telefon hem		Telefon till tjänsten
3 UPPGIFTER OM HANDIKAPPET, SJUKDOMEN OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDENA	Handikapp och/eller sjukdom		
	Använder Ni hjälpmedel?		Nej Ja
	Hjälpmedel <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Käpp		
	Annat, vilket?		
	Saknar Ni ledsyn i obekant omgivning?		Nej Ja
	Har Ni fått mobilitetsträning?		Nej Ja
	Behöver Ni hjälp med följande dagliga sysslor? Vid besök i butiker, på posten och vid skötsel av andra dylika ärenden <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Vem hjälper?		

3	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 utträttandet av ärenden och fritidsresor? <input type="checkbox"/> Offentliga trafikmedel <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Invatäxi <input type="checkbox"/> Egen bil					
	Använder Ni taxi till följande resor? <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 trafikmedel med hjälp av ledsagare?			Nej	Ja	
Har Er familj bil?			Nej	Ja		
4	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?						

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