

## Ansökan om färdtjänst

Dina personuppgifter behandlas och skyddas av Vård- och omsorgsnämnden i enlighet med Dataskyddsförordningen 2016/679 (GDPR). Ändamålet med insamling och behandling är handläggning av Vård- och omsorgsnämndens ärenden och den rättsliga grunden är myndighetsutövning. Uppgifterna sparas i enlighet med offentlighets- och sekretesslagen och arkivlagen och andra tillämpliga lagar. Läs mer om Heby kommuns hantering av personuppgifter och dina rättigheter på: <https://heby.se/kommun-politik/dataskyddsförordningen-gdpr/>

**Observera!** Om det är första gången som du ansöker ska du även skicka med ett läkarutlåtande för färdtjänst. Har du beslut sedan tidigare ska din ansökan kunna kompletteras med läkarintyg om handläggaren begär det.

Vid frågor, kontakta färdtjänsthandläggaren på telefonnummer 0224-361 67

Ansökan skickas till;  
Heby kommun  
Biståndsenheten  
744 88 Heby kommun

### Ansökan gäller

Förlängning	Ny ansökan	Förändring
-------------	------------	------------

### Personuppgifter sökande (var vänlig och texta tydligt)

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Adress		Postnummer och ort
Telefon dagtid	Mobiltelefonnummer	E-postadress

### Behov av tolk

Behöver du tolk vid kontakt med handläggare? Ja      Nej	Ange vilket språk
---	-------------------

### Uppgifter om eventuell företrädare

*Bifoga fullmakt för ombud respektive kopia på förordnande som god man/förvaltare.*

Namn på god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)	
Utdelningsadress	Postnummer och ort
Telefonnummer	E-postadress

**Funktionshinder och hjälpmedel**

Beskriv ditt/dina funktionshinder och vilka svårigheter det medför för dig vid resor;				
_____				
_____				
_____				
_____				
Uppskatta din maximala gångförmåga vid gång utan vilopaus på plan mark				
Vid varmt väder;	0 – 100 m	100 – 200 m	200 – 500 m	Mer än 500 m
Vid kallt väder;	0 – 100 m	100 – 200 m	200 – 500 m	Mer än 500 m
Använder du hjälpmedel för att kunna gå?				
Ja    Nej    Ibland				
Vilket eller vilka sorters hjälpmedel behöver du för att kunna gå?				
Rullstol    Rollator    Kryckkäppar    Käpp    Stöd av annan person				
Annat, ange vad _____				
Är hjälpmedlet hopfällbara?				
Ja    Nej    Ibland				
Behöver du åka rullstolstaxi?				
Ja                      Nej				
Om <b>ja</b> , varför behöver du åka rullstolstaxi?				
_____				
_____				
_____				
Kan du gå i trappor?				
Ja                      Nej				
Om <b>nej</b> , beskriv dina svårigheter och vilken hjälp du behöver för att ta dig upp för trappor:				
_____				
_____				
_____				

Kan du samåka med andra?

Ja                  Nej

Om **nej**, varför kan du inte samåka? (*behovet bör styrkas med läkarintyg*)

---

---

---

Behöver du endast färdtjänst vintertid?

Ja                  Nej

Om **ja**, varför behöver du endast färdtjänst vintertid?

---

---

---

### Resa med kollektivtrafik

Kan du ta dig till busshållplats och/eller tågstation?

Ja

Nej

Om **nej**, uppge avstånd till busshållplats/tågstation \_\_\_\_\_ meter, samt beskriv vad det är som gör att du inte kan ta dig till busshållplats/tågstation

---

---

---

Finns det geografiska hinder som medför svårigheter för dig att åka kollektivt?

Ja                  Nej

Om **ja**, ange vilka: \_\_\_\_\_

Kan du gå på och av buss utan hjälp?

Ja                  Nej

Om **nej**, varför behöver du hjälp vid av – och påstigning?

---

---

---

**Ledsagare**

Ledsagare beviljas enbart om du behöver hjälp under resan och **inte** för stöd/hjälp under vistelsen vid resmålet.

Är du i behov av att ha ledsagare med dig under resan?

Ja, antal \_\_\_\_\_ Nej

Om **ja**, beskriv ditt behov av ledsagare:

---

---

---

**Observera!** Om du beviljas ledsagare ansvarar du själv för att du har någon som är din ledsagare under resan.

**Beviljade insatser**

Har du insatser beviljade från Heby kommun?

Nej Ja, ange vilka: \_\_\_\_\_

**Samtycke**

För att göra en bedömning av behovet av färdtjänst behöver handläggare ibland ta kontakt med, och inhämta uppgifter från, andra myndigheter.

Härmed samtycker jag till att ansvarig handläggare får ta kontakt med läkare som skriver utlåtande samt tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan.

Ja Nej

**Behjälplig vid ansökan**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Relation Anhörig, vilken relation _____ God man Förvaltare Annat _____		

**Sökandes underskrift**

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
-------	--------------	-------------------