

**ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT  
FÄRDTJÄNSTLAGEN**

Datum
-------

Sänds till  
Socialförvaltningen  
Handläggavdelningen  
511 80 Kinna

**Personuppgifter**

Efternamn och alla förnamn	Personnummer
Adress	Postadress
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbete (även riktnummer)
E-postadress @	
Folkbokföringskommun	

**Funktionshinder**

Har du något av dessa funktionshinder? Kryssa i rätt ruta.			
<input type="checkbox"/> Rörelsehinder	<input type="checkbox"/> Synskada	<input type="checkbox"/> Hjärt-, kärl- eller lungsjukdom	
Har du något av dessa funktionshinder? Kryssa i rätt ruta.			
<input type="checkbox"/> Psykiskt funktionshinder	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter	<input type="checkbox"/> Annat	<input type="checkbox"/> Bifogar läkarintyg
Beskriv nedan de svårigheter du har med att förflytta dig på egen hand eller med att resa med allmänna kommunikationer.			

**Förflyttningsmöjligheter**

Har du gånghjälpmedel? I så fall vad?		
Hur lång sträcka kan du gå utomhus vintertid?	Hur lång sträcka kan du gå utomhus sommartid?	
Kan du stiga av eller på buss alternativt tåg?	Avstånd till närmaste hållplats	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Med hjälp		
Information om min färdtjänst får delges sjukreseenheten i Västra Götaland		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

**Namnteckning och medgivande** (Jag intygar att ansökan är sanningsenligt ifylld och jag medger att upplysningar som behövs för utredning får inhämtas från andra, till exempel läkare, vårdgivare, anhörig eller myndigheter såsom biståndshandläggare, försäkringskassa m m)

Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande
Kontaktperson för sökanden	Telefon dagtid (även riktnummer)

De uppgifter du lämnar kommer att registreras i en databas. Uppgifterna kommer att behandlas i enlighet med bestämmelserna i personuppgiftslagen (PuL).