



HAMMARLANDS KOMMUN

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST enligt socialvårdsförordningen

Datum då ansökan anlänt

1	<input type="checkbox"/> Sökandes sociala situation. Bor enskilt. Har ej anhöriga inom "räckhåll". Långt till vänner och bekanta			
	<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			
ANSÖKA- RENS PERSON- UPPGIFTER	Personbeteckning	Yrke		
	Adress	Postnummer		
	Telefon hem	Telefon till tjänsten		
3	Handikapp och/eller sjukdom			
UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET, SJKDO- MEN OCH LEVNADS- FÖRHÅL- LANDENA	Använder Ni hjälpmedel?	Nej	Ja	
	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?			
	Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden			
	Hushållet har egen bil	Nej	Ja	
	Sökandes bruttoinkomster/månad			
	<input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____			
	Maka/make, bruttoinkomst/månad			
	<input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____			
Övriga tillgångar:				
Boendekostnader				
Övriga uppgifter, t.ex medicinkostnader				
4	Hur rör Ni er inne i Er bostad?			
UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET,				

SJUKDOMEN OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDENA	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? Offentliga trafikmedel <input type="checkbox"/> Taxi Invalidtaxi Egen bil			
	Använder Ni taxi till följande resor? Till hälsocentralen Till sjukhus Till rehabilitering (fysioterapi o. dyl.) 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 YRKESARBETE	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?		Nej		Ja
	Erhåller Ni stöd från annat håll, t.ex. från Folkpensionsanstalten?				
7 BILAGOR	<input type="checkbox"/> Intyg av läkare som erhålles på social-servicebyråerna Intyg över arbetsförhållande eller studier vid ansökan om transportservice för <input type="checkbox"/> 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					