

Håbo kommun samlar in dina personuppgifter i syfte att handlägga din ansökan om färdtjänst. Vi behandlar dina uppgifter med stöd av artikel 6.1 e i Dataskyddsförordningen. Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgifts-ansvariges myndighetsutövning. Personuppgifts-ansvarig för hanteringen av dina personuppgifter är vård- och omsorgsnämnden i Håbo kommun. Läs mer om dina rättigheter, hur Håbo kommun hanterar personuppgifter samt hur du kommer i kontakt med dataskyddsombudet på habo.se/personuppgifter.

Blanketten skickas/lämnas till: Håbo kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
746 80 Bålsta

Sökande

Efternamn och förnamn		
Adress		Postadress
E-post		
Personnummer	Telefon hem	Telefon mobil

Behjälplig med ansökan Kopia på intyg om god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas ansökan.

Namn		Telefon
Adress		Postadress
E-post		
Relation till sökande		

Funktionshinder (art och omfattning)

Beskriv på vilket sätt och i vilken utsträckning du har svårt att förflytta dig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel. Ange synliga och/eller dolda funktionshinder (till exempel nedsatt gångförmåga, orienteringshandikapp, allergier, fobier eller annat).

--

Hjälpmedel

Använder hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Oftast	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan
<input type="checkbox"/> Stöd/hjälp av annan person	<input type="checkbox"/> Stödkäpp	<input type="checkbox"/> Kryckor	<input type="checkbox"/> Gåstol	
<input type="checkbox"/> Handikappanpassat fordon	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol/trehjuling	<input type="checkbox"/> Hopfällbar rullstol	<input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> Teknikkäpp, grav synskada	<input type="checkbox"/> Markeringskäpp, synskada	<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	
<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel används				
Använder rullstol och kan flytta över från rullstol till annat säte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej (Om du måste sitta kvar i rullstol under färd kan denna behöva utrustas enligt tillverkarens krav, kontakta arbetsterapeut på Rehabenheten, 0171 528 94)				
Med hjälpmedel kan förflyttning ske utomhus: Sommartid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vintertid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej				
Kommentar				



Funktionshinders varaktighet

<input type="checkbox"/> 6 – 12 månader	<input type="checkbox"/> Bestående	Läkarutlåtande bifogas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/> Mer än 12 månader	<input type="checkbox"/> Osäker	Läkarutlåtande skickas direkt av undersökande läkare	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Gångsträcka

<input type="checkbox"/> Klarar trappor ensam	<input type="checkbox"/> Klarar trappor med ledstång	<input type="checkbox"/> Klarar enstaka trappsteg	<input type="checkbox"/> Klarar inte trappor
Klarar gångsträcka med hjälp av eventuella hjälpmedel:		Maximalt _____ meter	Tidsåtgång _____ minuter
Avstånd till närmaste busshållplats: _____ meter		Serviceinje _____ meter	Lokaltåg _____ meter
Gångvägar kring bostad: <input type="checkbox"/> Utan anmärkning		<input type="checkbox"/> Har backar	<input type="checkbox"/> Har trappor
Kommentar			

Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Kan resa med buss	<input type="checkbox"/> Kan resa med tåg	<input type="checkbox"/> Kan resa med pendeltåg	<input type="checkbox"/> Kan resa ensam
<input type="checkbox"/> Kan inte resa med buss	<input type="checkbox"/> Kan inte resa med pendeltåg	<input type="checkbox"/> Kan inte resa med tåg	<input type="checkbox"/> Kan inte resa ensam
<input type="checkbox"/> Annat färdmedel används: _____			
Kan resa med kollektivtrafiken ensam		Sommartid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Vintertid <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Kommentar			

Resor som ansökan gäller

<input type="checkbox"/> Alla typer av resor	<input type="checkbox"/> Resor för arbete	<input type="checkbox"/> Resor för studier	<input type="checkbox"/> Resor för fritid
<input type="checkbox"/> Annat: _____			
Kommentar			

Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Behöver hjälp till och från fordonet	<input type="checkbox"/> Behöver extra benutrymme i fordonet	<input type="checkbox"/> Behöver vinklat säte i fordonet
<input type="checkbox"/> Behöver allergisäkrat fordon	<input type="checkbox"/> Behöver ta med ledarhund på resan	<input type="checkbox"/> Klarar inte samåkning
<input type="checkbox"/> Behöver fordon anpassat för rullstol	<input type="checkbox"/> Behöver fordon anpassat för eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Måste sitta i framsäte, blir åksjuk
<input type="checkbox"/> Behöver ledsagare tur och retur – Observera att ledsagare endast beviljas om det är en förutsättning för resans genomförande		
<input type="checkbox"/> Annat: _____		
* Hjälpbehov		
Kommentar		

Medgivande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionshinder har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller använda allmänna kommunikationsmedel.
Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre behöver färdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsten.
Jag lämnar medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen hämtas från läkare som skriver utlåtande och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen samt hälso- och sjukvården.

Ort och datum	
Sökandes underskrift	Eventuell god man / förvaltares / vårdnadshavares underskrift