



Ansökan om färdtjänst

Färdtjänst är ett komplement till kollektivtrafik för personer med en funktionsnedsättning.

För att vara berättigad till färdtjänst ska du som sökande:

- Vara folkbokförd i Strängnäs kommun.
- Ha en funktionsnedsättning som beräknas vara i minst tre månader.
- Ha väsentliga svårigheter att förflytta dig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel.

Pappersblankett skickas till:

Strängnäs kommun Socialkontoret
Myndighet
Nygatan 10
645 80 Strängnäs

E-postadress:

fardtjanst@strangnas.se

Jag ansöker om

Färdtjänst

Färdtjänst till och från daglig verksamhet/dagverksamhet (omsorgsresa)

Ange verksamhet och adress _____

Färdtjänst till och från avlönat arbete (arbetsresa)

Ange arbetsgivare och adress _____

Sökande *

För- och efternamn	Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress

Är du i behov av tolk? Ja, ange språk:



Eventuell medhjälpare, god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare

Kopia på fullmakt eller förordnande för den som är god man, förvaltare eller ombud ska bifogas ansökan

För- och efternamn		E-postadress	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer	Mobilnummer	Beslut ska även till medhjälpare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Medhjälparens relation till den sökande:			

Funktionsnedsättning/Hälsotillstånd

<input type="checkbox"/> Balans- och gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/> Nedsatt tal	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
<input type="checkbox"/> Annan funktionsnedsättning/diagnos/svårighet:	

Svårigheter att resa med allmänna kommunikationer

Beskriv hur din funktionsnedsättning/ditt hälsotillstånd försvårar för dig att resa med allmänna kommunikationer:

Hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor
<input type="checkbox"/> Rollator Fällbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vit käpp <input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol <i>Ange mått i cm och vikt i kg</i> Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____ Vikt: _____ Fällbar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol/trehjulig elrullstol <i>Ange mått i cm och vikt i kg</i> Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____
<input type="checkbox"/> Annat hjälpmedel, ange:	



Gångsträcka

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max _____ meter utan vilopaus.

Det tar _____ minuter.

Avstånd till närmaste hållplats (kollektivtrafik) _____ meter.

Kommentar: _____

Jag kan gå i trappa.

Jag kan gå i trappa med hjälp.

Jag kan inte gå i trappa, för att: _____

Hjälpbehov

Jag kan ta mig till och från bilen.

Jag behöver hjälp med att ta mig till och från bilen.

Ange på vilket sätt: _____

Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla mm) och behöver ta med mig en medresenär.

Jag behöver hjälp under själva bilfärden mer än jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare. (Behovet av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte vistelsen vid resmålet).

Ange på vilket sätt: _____

Färd sätt

Jag kan resa i personbil.

Jag behöver liggande transport.

Jag kan inte kliva ur min rullstol utan måste sitta i den under hela resan.



Beskriv och motivera annat som är viktigt för dig under en resa tillexempel placering i bil, medresenärer (ensamåkning kräver läkarintyg)

Jag ger samtycke till att färdtjänsthandläggare under utredningstiden får inhämta uppgifter om mig från andra inom Socialkontoret i Strängnäs kommun (till exempel biståndshandläggare, daglig verksamhet).

Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst kommer jag omgående att meddela färdtjänsthandläggare.

Ort och datum

Signatur

Namnförtydligande

Gäller ansökan ett barn behövs båda vårdnadshavares underskrift

Information om vår behandling av dina personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig såsom till exempel för- och efternamn, personnummer, adress, telefonnummer, mobilnummer, e-postadress och uppgifter om din funktionsnedsättning. Syftet med en sådan behandling är för att kunna hantera din ansökan. Vi har fått uppgifter från dig eller din företrädare. Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Behandlingen av dina personuppgifter är nödvändig som ett led i vår myndighetsutövning enligt artikel 6.1 e allmänna dataskyddsförordningen och enligt 5 § dataskyddslagen. Dina uppgifter kommer att sparas så länge vi behöver dem för att handlägga ditt ärende. Dina uppgifter kan komma att bevaras längre utifrån tryckfrihetsförordningen, offentlighet- och sekretesslagen och arkivlagen. De personuppgifter vi behandlar om dig delas i förekommande fall med din fastighetsägare om sådan finns. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Däremot kommer vi aldrig att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är Socialnämnden i Strängnäs kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen eller raderar dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på socialnamnden@strangnas.se. Ni når dataskyddsombudet på dataskyddsombud@strangnas.se. Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen.