



Jag ansöker om färdtjänst för

Resor enligt handikappservicelagen för de gravt handikappade för utträttande av ärenden och rekreation (läkarintyg bifogas)

Resor enligt socialvårdslagen för utträttande av ärenden och rekreation (beskattningsintyg och läkarintyg bifogas)

Arbetsresor (intyg av arbetsgivare, utredning av arbetstider och läkarintyg bifogas)

Studieresor (intyg från läroanstalt och läkarintyg bifogas)

1. Sökande	Namn	Personnummer
	Adress	Telefon tjänstetid
	Civilstånd	Hemkommun
2. Sökandes närmaste anhörig eller intressebevakare (ifylls vid behov)	Närmaste anhörig	Telefon tjänstetid
	Intressebevakare	Telefon tjänstetid
3. Handikapp / sjukdom	Vilket handikapp / vilken sjukdom har du?	
	Beskriv på vilket sätt handikappet / sjukdomen orsakar ett behov av färdtjänst.	
	När har skadan / sjukdomen som begränsar rörelseförmågan konstaterats	
	Använder du hjälpmedel? Nej Ja, jag använder _____	Klarar du av att gå i trappor? Ja (utan hjälp) Ja, men endast med hjälp Nej, inte alls
	Hur många meter kan du uppskattningsvis gå? Sommartid ca _____ meter med hjälpmedel och ca _____ meter utan hjälpmedel Vintertid ca _____ meter med hjälpmedel och ca _____ meter utan hjälpmedel	

	Beskriv din rörelseförmåga i hemmet.		
	Beskriv din rörelseförmåga utanför hemmet.		
4. Boende och vardagsgörsmål	Vilken sorts bostad bor du i (t.ex. höghus med/utan hiss, egnahemshus, radhus)?		
	Om du bor i höghus: på vilken våning?	Finns det hiss i huset? Ja Nej	
	Bor du ensam? Ja Nej, jag bor med _____	Får du vårdbidrag? Nej Ja, _____ €/månad	
	Får du handikappbidrag? Nej Ja. Grundbelopp Ja. Höjt bidrag. Ja. Högsta bidraget.		
	Behöver du hjälp med dagliga sysslor? Nej Ja, jag behöver hjälp med följande: _____		
	Bor du på serviceboende eller får du anstaltsvård? Nej Ja.Var? _____		
	Har du hemservice? Nej Ja. Hur ofta? _____		
5. Tillgång till bil, allmänna kommunikationsmedel	Har du tillgång till bil? Ja Nej	Har du fått bilskatteåterbäring? Ja Nej	Har du beviljats bilbidrag enligt Handikappserviceagen? Ja Nej
	Har du körkort? Ja Nej	Kör du själv bil? Ja Nej	Kan någon skjutsa dig vid behov? Ja Nej
	Hur har du hittills skött dina ärenden utanför hemmet?		
	Hur långt ifrån din bostad finns närmaste busshållplats? Ca _____ meter		

6. Behov av följeslagare	Har du behov av följeslagare? Nej Ja	Har du behov av invataxi? Nej Ja
	Om du behöver följeslagare, beskriv i vilka situationer och varför.	
7. Krigsinvalid	Är du krigsinvalid? Nej Ja _____ %	
8. Ekonomi	Ifylls endast av dem som söker färdtjänst enligt Socialvårdslagen	
	Inkomster _____ € (brutto/månad) (Beskattningsintyg bifogas)	Besparingar och förmögenhet _____ €
9. Övrig information		
10. Samtycke	<p>Jag samtycker till att den tjänsteinnehavare som handlägger min ansökan kan av andra myndigheter begära sådana uppgifter som är nödvändiga för handläggningen av min ansökan</p> <p>Ja Nej</p> <p>Vem kan tjänsteinnehavaren vid behov kontakta för tilläggsuppgifter (t.ex. närmaste anhörig)?</p> <p>Namn och kontaktuppgifter: _____</p> <p>(Hänvisning: 16§ i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 812/2000)</p>	
11. Person som bistått vid ifyllandet av ansökan	Namn och telefonnummer, tjänsteställning eller släktskapsförhållande	
12. Underskrift	<p>Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är korrekta och ger mitt samtycke till kontroll av dem.</p> <p>_____ den ____/____ 20____</p> <p>Ort Datum Underskrift</p>	

Alla punkter ska fyllas i. En bristfälligt ifylld ansökan förlänger behandlingstiden.

Bilagor

Till ansökan om färdtjänst enligt handikappservicelagen bifogas ett **läkarintyg** av vilket framgår de långvariga skador/sjukdomar som begränsar funktionsförmågan. Intyget får inte vara äldre än ett år.

Till ansökan om färdtjänst enligt socialvårdslagen bifogas **läkarintyg (el. motsvarande t.ex. ADL-bedömning)** som inte får vara äldre än ett år och en **kopia av senaste beskattningsintyg**.

Returadress: Vörå kommun
 Socialkansliet
 Öurvägen 31
 66800 Oravais