



Östra Göinge Kommun

Ansökan inkom:.....

Ansökan om tillstånd till färdtjänst

Information till Dig som ansöker om färdtjänst

Färdtjänst kan bli aktuellt för Dig som p.g.a. ett funktionshinder, som beräknas bestå i minst 6 månader, har väsentliga svårigheter att förflytta Dig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.

(Lag om färdtjänst 7 §)

Med ledsagare avses, enligt lag om färdtjänst, en person som måste följa med färdtjänstresenären för att denne skall kunna genomföra en färdtjänstresa. Som framgår av paragrafen ska ledsagare vara knutet till själva resan och inte till vistelsen vid resmålet.

Färdtjänst är ett komplement till den allmänna kollektivtrafiken, varför Din rätt till färdtjänst inte bara är relaterad till Ditt funktionshinder utan också till de möjligheter just Du har att använda den allmänna kollektivtrafiken (med avseende på var och hur Du bor, hur anpassad den allmänna kollektivtrafiken är till personer med funktionshinder just där Du åker osv.) Avsaknad av allmänna kommunikationer är ej något skäl till att beviljas färdtjänst.

Östra Göinge kommun är ansvarig för färdtjänsten i kommunen och gör efter Din ansökan en utredning kring Ditt eventuella behov av färdtjänst.

För att kunna göra en saklig bedömning av Ditt behov behöver handläggaren ibland kontakta försäkringskassa eller läkare för kompletterande uppgifter. För att kunna ta dessa kontakter behöver vi Ditt medgivande.

Uppgifterna skyddas enligt bestämmelser i sekretesslagen 7 §:37 kap. De uppgifter som Du och andra lämnar, som underlag för utredningen, kommer att lagras i ett personregister.

Beslut i ärendet meddelas skriftligen inom ca 4 veckor.

Gällande sjuk och behandlingsresor hänvisas Du att kontakta handläggare för sjukresor inom Region Skåne.

Skicka ansökan till:
Östra Göinge kommun
handläggare färdtjänst
Storgatan 4
280 60 Broby

Sjuk o behandlingsresor kontakta:
Skånetrafiken/ sjukresor
Trollebergs vägen 14
222 29 Lund
046- 160540

Ansökan avser:

- Färdtjänst utan ledsagare
 Färdtjänst med ledsagare

Har Du haft färdtjänst tidigare Ja Nej

Efternamn:	Förnamn:	Personnummer:
Bostadsadress (folkbokförd):	Postadress:	
Telefon (även riktnummer):	Mobil nummer:	
Make/maka/sambo:	Vårdnadshavare (avser minderårig):	

Beskriv Ditt funktionshinder:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Funktionshindrets beräknade varaktighet:

.....

Hur långt kan Du förflytta Dig på egen hand eller med ett hjälpmedel?

- Högst 20 meter Högst 150 meter Högst 400 meter Mer än 400 meter

Varför kan Du inte använda Dig av allmänna kollektivmedel?

.....
.....
.....

Beskriv Din bostad

Avstånd till närmaste busshållsplats

.....

Trappor in till bostaden

.....

Finns det hiss

Ja Nej

Behöver Du hjälp till och från dörren

Ja Nej

Övrigt gällande bostaden

.....

Har Du några hjälpmedel till följd av Ditt funktionshinder (rollator, rullstol, ledarhund osv)?

.....

.....

Vilket hjälpmedel behöver Du ta med Dig på färdtjänstresan?

.....

.....

Om Du anser Dig behöva hjälp av en ledsagare under resan i färdtjänstbil, beskriv varför:

.....

.....

.....

Övriga upplysningar:

.....

.....

Jag lämnar mitt medgivande till att tidigare nämnda kontakter tas för att utredningen ska bli så fullständig som möjligt och försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.

Ort och datum

Sökandes underskrift

.....