

**Personuppgifter**

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon nr/Mobil nr	Folkbokföringskommun	
Antal våningar till bostaden	Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Eventuell god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare. Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas.		
Namn	Telefon (även rikt nr)	
Adress	Postadress	

Funktionshinder/Hälsotillstånd

Här ska du beskriva ditt funktionshinder, när det uppstod och på vilket sätt du har svårt att förflytta dig.

Bifogas läkarintyg <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Läkarintyg skickas direkt av undersökande läkare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Hjälpmedel vid förflyttning

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Stödkäpp/krycka	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket
<input type="checkbox"/> Kryckor	<input type="checkbox"/> Permobil
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Käpp för synskadade	<input type="checkbox"/> Elmoped/Skoter (tillåts ej i färdtjänsten)

Gångsträcka

Antal meter eller uppskattad sträcka som jag kan förflytta mig (med eller utan hjälpmedel)		
Jag kan gå i vanliga trappor <input type="checkbox"/> Ja, utan svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med vissa svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med väsentliga svårigheter <input type="checkbox"/> Nej, inte alls		
Avstånd till närmaste hållplats för <input type="checkbox"/> Stadsbuss.....meter	<input type="checkbox"/> Flexbuss.....meter	<input type="checkbox"/> Landsvägsbuss.....meter

Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Stadsbuss	<input type="checkbox"/> Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand, med vissa svårigheter.
<input type="checkbox"/> Flexbuss	<input type="checkbox"/> Jag kan endast resa med allmänna kommunikationer, om någon person följer med och hjälper mig.
<input type="checkbox"/> Landsvägsbuss	<input type="checkbox"/> Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer.
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket	

Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Jag behöver färdas sittande i rullstol (Specialfordon)
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla m.m.) och behöver ta med medresenär
<input type="checkbox"/> Jag behöver mera hjälp under själva resan, än vad jag kan få av chauffören och ansöker om att få medföra ledsagare
Ange hjälpbehovet under själva resan

Övriga upplysningar

--

Alla uppgifter är sekretesskyddade. För att kunna behandla din ansökan kommer dina personuppgifter att registreras. För fullständig information se www.uddevalla.se/personuppgifter.

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre är berättigad till eller är i behov av färdtjänst, kommer jag omgående att meddela kommunens handläggare.

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med intygsskrivande läkare, tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan och att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från dessa. (Om medgivande till kontakt med intygsskrivande läkare eller annan angiven tjänsteman/myndighet inte lämnas, kan dessa strykas).

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig, som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter, kommer att behandlas enligt Dataskyddsförordningen i personregister hos beställningscentral och hos transportföretag.

Namnteckning (ansökan utan giltig namnteckning/fullmakt återsänds för komplettering)

Ort och datum	
Sökandes namnteckning	Namnförtydligande
Behjälplig med ansökan	Telefon (även riktnr)

Sänd till: Uddevalla kommun, Socialtjänsten, Administrationen vuxen och funktionshinder, Kilbäcksgatan 26, 451 81 Uddevalla