

Personuppgifter		
	Förnamn	Efternamn
	Personnummer	
	Adress	
	Postnummer	Postort
	Telefon dagtid	Mobiltelefon
	E-post	

 [För mer information, läs här](#)

Förflyttning			
Haft färdtjänst sedan tidigare?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja sedan när?	Datum		
Vilket är ditt funktionshinder/ hälsotillstånd, varför behöver du färdtjänst? Vilka är dina besvär, kan du förflytta dig på egen hand. Ange även om besvären är relaterade till viss årstid eller tid på dygnet?			
Svar:			
Beräknad varaktighet			
☐ 3-6 månader	☐ 6-12 månader	☐ mer än 12 månader	☐ Osäkert
Gånghjälpmedel			
☐ Utan hjälpmedel	☐ Käppar	☐ Rollator	☐ Rullstol
☐ Permobil	☐ Ledarhund	☐ Annat hjälpmedel	
Om annat hjälpmedel ange vad			
Med gånghjälpmedel	☐ kan jag	☐ kan jag inte	förflytta mig själv
Bostadens läge			
☐ Min bostad ligger på bottenvåningen		Min bostad ligger på våning	
☐ Ja, hiss finns		☐ Nej, hiss finns inte	
Ev. kommentar			

Kan åka			
☐ Taxi		☐ Specialfordon då jag ej kan förflytta mig från rullstol till vanlig taxi	
Hur reser du idag?			
Reser du med tåg och buss?		☐ Ja	☐ Nej
Om nej, beskriv svårigheterna när du åker buss och tåg			
Gångsträcka utan hjälpmedel, meter		Med hjälpmedel, meter	
Avstånd till närmsta hållplats för kollektivtrafik, meter			
Finns det några svårigheter på gångsträckan mellan bostad och hållplats		☐ Nej	☐ Ja
Beskriv i såfall vilka svårigheter			
Jag kan gå i trappor med stöd av ledstång		☐ Ja	☐ Nej
		☐ Delvis	
Hjälpbehov			
☐ Ja, jag kan själv ta mig till port/ entré i markplan			
☐ Ja, jag behöver aktiv hjälp när jag sitter i bilen och ansöker om ledsagare			
Ange vad du behöver ledsagare till			
Övriga upplysningar som kan vara av betydelse för ditt behov av färdtjänst:			

Samtycke	
Jag samtycker härmed att handläggaren får inhämta kompletterande information som kan vara av betydelse för mitt behov av färdtjänst	
☐ Ja	☐ Nej

Godkännande			
Jag lämnar härmed mitt medgivande till att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförandet av färdtjänsttransport får behandlas i personregister hos färdtjänsthanläggare, beställningscentral och hos transportföretag.			
Datum		Namnförtydligande	
Underskrift			
Företrädare:		Telefon:	
Fullmakt	☐ Ja	☐ Nej	☐ God man
			☐ Förvaltare

Blanketten sänds till
Klippans kommun,
Trädgårdsgatan 12
264 80 Klippan