





## 6 Gång-, förflyttningshjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Käpp	<input type="checkbox"/> Krycka/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Permobil
<input type="checkbox"/> El-rullstol	<input type="checkbox"/> Andra hjälpmedel				
Besvaras endast om du är beroende av rollator eller rullstol vid förflyttning					
Är din rollator hopfällbar?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Måste du sitta kvar i rullstolen under resan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
Kan du själv ta dig till port/entré i markplan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		

## 7 Behov av ledsagare för hjälp i fordonet endast under resan

Har du behov av hjälp och stöd av annan person under resans gång?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du svarat Ja på frågan ovan, beskriv varför du behöver hjälp		

## 8 Här kan du anteckna annat som du anser viktigt för bedömning av din ansökan

----------------------

## 9 Uppgift om läkarintyg och tillstånd att hämta uppgifter från annan myndighet

Läkarintyg/Intyg bifogas	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag tillåter att erforderliga uppgifter för bedömning, ärendet får inhämtas från exempelvis handläggare för hemtjänst, personal på särskilda boenden, eller rehabenheter.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

*Sökandens underskrift*

\_\_\_\_\_

*Behjälplig med ansökan*

Namnteckning

Namnförtydligande

\_\_\_\_\_

Telefon bostaden (även riktnr)	Telefon arbetet (även riktnr)	Mobiltelefon
--------------------------------	-------------------------------	--------------

Relation till den sökande

<input type="checkbox"/> Make/maka	<input type="checkbox"/> Barn	<input type="checkbox"/> Annan närstående	<input type="checkbox"/> God man /förvaltare	<input type="checkbox"/> Kontakt-person	<input type="checkbox"/> Personlig assistent	<input type="checkbox"/> Annan relation
------------------------------------	-------------------------------	---	--	---	--	---



### 1 Sökande

Efternamn och tilltalsnamn räcker som namnuppgift. Samtliga 10 siffror i personnumret ska anges. Hudiksvalls kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen och kompletterande dataskyddsregler. Besök gärna [www.hudiksvall.se/personuppgifter](http://www.hudiksvall.se/personuppgifter) för att läsa mer om kommunens hantering av personuppgifter.

### 2 Funktionsnedsättning

Sätt kryss i de rutor som stämmer in på dig. Om inget av alternativen stämmer, kryssar du i "Annan funktionsnedsättning" och anger själv vad det är.

Färdtjänst beviljas inte för funktionshinder understigande tre månader.

### 3 Vid förflyttningssvårigheter

Sätt kryss i den ruta som stämmer in på dig.

### 4 Hur påverkar funktionsnedsättningen din förmåga att själv förflytta dig?

För att få färdtjänstillstånd ska du ha väsentliga svårigheter att själv förflytta dig eller att åka med allmänna kommunikationer.

**Exempel:** Du är helt beroende av gånghjälpmedel, du är beroende av rullstol, du har svårigheter att se, du har svåra hjärt-/kärlproblem som påverkar gångsträckor m m.

Enbart avsaknad av allmänna kommunikationer eller enbart hög ålder ger inte rätt till färdtjänst. Det ska alltid finnas ett samband mellan din funktionsnedsättning och din förmåga att själv förflytta dig.

### 5 Kan du åka med buss?

Om "Nej", beskriv utförligt varför du inte kan åka buss.

### 6 Gång-, förflyttningshjälpmedel

Kryssa i aktuella alternativ.

### 7 Behov av ledsagare för hjälp under resan i fordonet

Om du behöver hjälp och stöd av annan person i fordonet under själva resan – med exempelvis vård eller personlig omvårdnad, orientering, kommunikation – har du möjlighet att ansöka om ledsagare. Beskriv i så fall vad du behöver hjälp med under resan.

***OBS!** Om du behöver hjälp innan och efter det att resan genomförts, får du inte ledsagare. Du har dock alltid rätt att ta med dig en medresenär som i så fall betalar samma avgift som du för resan.*

### 8 Här kan du anteckna annat som du anser viktigt för bedömning av din ansökan

Något du tycker vi behöver veta för att göra en säker bedömning.

### 9 Uppgift om läkarintyg och tillstånd att hämta uppgifter från annan myndighet

#### Läkarintyg

Vi behöver ett utlåtande gällande färdtjänst från läkare eller annan sakkunnig person som styrker din funktionsnedsättning och hur den påverkar din förmåga att förflytta dig. Alternativt inhämta uppgifter från annan se nedan.

#### Inhämta uppgifter från andra myndigheter



Biståndshandläggare, handläggare, hemtjänst eller personal från vård- och omsorgsboende, korttidsboende eller rehabiliteringsenhet som har kunskap om de funktionsnedsättningar/funkktionshinder som anges i texten.

### **Underskrifter**

Den sökande skriver sin namnteckning även om någon annan varit behjälplig med ansökan. Den som är behjälplig skriver också under ansökan. Kan den sökande inte själv skriva sin namnteckning lämnas det fältet tomt.

Både den sökande och den som varit behjälplig med ansökan ansvarar för att lämnade uppgifter är riktiga.

### **Relation till den sökande**

Den som varit behjälplig med ansökan anger vilken relationen är till den sökande. Information om relationen är viktig, eftersom uppgifter i utredningen, som rör den sökande, inte får lämnas ut till obehöriga.

\_\_\_\_\_