

Ansökan om färdtjänst / service som stöder rörligheten

Jag ansöker om:

- Färdtjänst enligt handikappservicelagen
 Stöd för rörligheten enligt socialvårdslagen §23

Klientens kontaktinformation

Förnamn *	Efternamn *	Personbeteckning *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adress	Postnummer	Postort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hemkommun	Mobiltelefon	Telefon hem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-post	Yrke	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbetsplats/studieplats	Telefon sysselsättning/studier	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kontaktuppgifter till anhöriga	Mobiltelefon	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person

Namn	Relation / Befattning
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jag har följande kontaktperson i ärendet (om inte du själv):

Namn	Adress
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.nr	E-post
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jag har intressebevakare: OBS! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag

- för ekonomi
 utökad intressebevakning

Namn	Adress
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.nr	E-post
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jag har familjemedlemmar/anhöriga inom räckhåll

Vem?

Var?

Boende

- Ensam
- Med make/maka/sambo
- Hos föräldrar
- Annat:

Funktionshinder/ sjukdom och funktionsförmåga

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?

Vilka svårigheter medför det dig?

Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder/sjukdom? (specifera varje sjukdom skilt)

Sedan när har svårigheterna varit lika omfattande som de är idag?

Finns det möjligheter till förbättring?

Är behovet av färdtjänst varaktigt?

- Ja
- Nej, endast tillfälligt

Behovet av färdtjänst börjar

Behovet av färdtjänst tar slut

Hur är din syn? *

Hur är din hörsel? *

Hur rör du dig utomhus? *

	Ja	Nej
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats utan hjälpmedel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats med hjälpmedel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag klarar på- och avstigning på buss självständigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan självständigt färdas med buss (läsa tidtabell, betala, ta sittplats)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan orientera mig i närmiljön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan använda cykel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan bära/lyfta väskor/varor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kan använda väska på hjul för att transportera varor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hushållet disponerar bil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kör bil själv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vem kör bilen?

Dagsläge

Hur utträttar du ärenden idag? (t.ex. bank-, butik-, apoteksärenden) *

- Jag promenerar dit jag ska
- Jag cyklar dit jag ska
- Jag kör bil dit jag ska
- Jag får skjuts av anhörig/bekant dit jag ska
- Jag åker taxi dit jag ska
- Jag behöver stöd av en annan person i utträttande av ärenden (t.ex. bankärenden eller handla mat)

Varför?

På vilken gata närmast ditt hem ligger en busshållplats?

Hur många meter är det dit?

Hur långt kan du gå utomhus utan hjälpmedel? *

- Mindre än 50 meter
- 50 meter
- 100 meter
- mer än 100 meter
- 500 meter
- mer än 500 meter

Hur långt kan du gå utomhus med hjälpmedel? *

- Mindre än 50 meter
- 50 meter
- 100 meter
- mer än 100 meter
- 500 meter
- mer än 500 meter

Hur långt kan du gå inomhus utan hjälpmedel? *

- Mindre än 50 meter
- 50 meter
- 100 meter
- mer än 100 meter

Hur långt kan du gå inomhus med hjälpmedel? *

- Mindre än 50 meter
- 50 meter
- 100 meter
- mer än 100 meter

Har du speciellt nedsatt rörelseförmåga vissa årstider? *

- Ja
- Nej

Beskriv på vilket sätt

Vilka hjälpmedel använder du? *

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Käpp | <input type="checkbox"/> Sparkcykel |
| <input type="checkbox"/> Kryckor | <input type="checkbox"/> Rullstol |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Elrullstol |
| <input type="checkbox"/> Ståbord | <input type="checkbox"/> Syreanrikare |
| | <input type="checkbox"/> Jag är sängpatient |

Annat (beskriv)

Har du någon av följande vårdformer? *

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Trygghetstelefon | <input type="checkbox"/> Dagvård |
| <input type="checkbox"/> Närståendevård | <input type="checkbox"/> Hemsjukvård |
| <input type="checkbox"/> Hemservice | <input type="checkbox"/> Personlig assistans |
| <input type="checkbox"/> Avlastningsvård/Korttidsvård | <input type="checkbox"/> Gruppboendeservice |

Annat (beskriv)

Fysiska boendemiljön

Kring mitt boende finns

- Backe
 Höga trottoarkanter
 Mycket trafik

Har ditt boende hiss?

- Ja
 Nej

Hur många trappsteg är det för att komma ut?

Hur klarar du dig i trappor?

Behov av färdtjänst

Behov av färdtjänst (Kan vara flere alternativ)

- Sköta vardagliga ärenden (butik, bank, apotek m.m.)
 Fritidsaktiviteter
 Hälsa på anhöriga/bekanta/vänner
 Arbete/studier
 Annat (Vad?)

OBS! Färdtjänstresor får inte användas för sjukvårdsresor vilka ersätts av sjukvårdslagen (FPA)

Hurdant färdtjänstfordon behöver du?

- Taxi
 Taxi med rullstolslift
 Annat

Behöver du hjälp till och från taxin

- Ja
 Nej

På vilket sätt?

Inkomststoppgifter

(Behöver ej besvaras ifall du söker färdtjänst enligt handikappservicelagen)

Hushållets inkomster bruttobelopp

Inkomst t.ex. pension (hushållets totala)

Besparingar

Bifoga intyg över bruttoinkomsterna!

Den riktgivande inkomstgränsen är 1800€ för ensamstående och 2500€ för makar/samboende.

Service som stöder rörlighet beviljas i mån av budgeterade medel

Samtycke

Kryssa i ett av följande alternativ

- Ja, jag samtycker till att socialarbetare på Kommunernas socialtjänst k.f. vid behov kontaktar övriga aktörer inom social-, sjuk-, och hälsovård (t.ex. ÅHS, FPA, kommunala äldreomsorgen) och anhöriga för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.
- Nej, jag samtycker inte till ovanstående

Bilagor:

- kontoutdrag
- beskattningsbeslut
- läkarintyg
- Annat (beskriv)

Komplettering till ansökan inlämnas senare

- Nej
- Ja, vad?

Sökandens, vårdnadshavaren eller intressebevakarens underskrift

Ort	Datum	Underskrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Förnamn	Efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>

De personuppgifter du lämnar in via denna ansökan används för att möjliggöra Kommunernas socialtjänsts k.f. behandling av ditt ärende och för att kunna ge dig den service som du söker. Uppgifterna sparas i förbundets datasystem tills syftet med behandlingen av dina personuppgifter är uppfyllt. Hanteringen av dina personuppgifter sker i enlighet med EUs dataskyddsförordning (GDPR). Läs mer på www.kst.ax.

Ansökan skickas till:

Kommunernas socialtjänst k.f.
Funktionservice och sysselsättning
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn

Kontakt:

Socialarbetare
Funktionservice och sysselsättning
Telefon: 532 800 (växeln)