

## Ansökan om färdtjänst

### Grunduppgifter

Förnamn \*

Efternamn \*

Personbeteckning \*

Adress \*

Postkod \*

Tel. hem

Tel. gsm

Yrke

Arbetsplats

Tel. arbete

Hemkommun

E-post

Boende

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

Jag har familjemedlemmar/anhöriga inom räckhåll

### 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

Hur är din syn?

Hur är din hörsel?

Hur rör du dig utomhus?

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
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"/>
Hushållet disponerar bil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag kör bil själv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
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"/>

**Dagsläge**

**Hur uträttar 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 uträttande av ärenden (t.ex. bankärenden eller handla mat)

**På vilken gata närmast dit hem ligger en busshållplats?**

**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 inomhus utan hjälpmedel?**

- Mindre än 50 meter
- 50 meter
- 100 meter
- mer än 100 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 med hjälpmedel?**

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

**Har du speciellt nedsatt rörelseförmåga vissa årstider?**

- Ja
- Nej

**Vilka hjälpmedel använder du?**

- Käpp
- Kryckor
- Rollator
- Ståbord
- Sparkcykel
- Rullstol
- Elrullstol
- Syreanrikare
- Jag är sängpatient
- Annat:

### Har du någon av följande vårdformer?

- Trygghetstelefon
- Närståendevård
- Hemtjänst
- Avlastningsvård/Korttidsvård
- Dagvård
- Hemsjukvård
- Personlig assistans
- Gruppboendeservice
- Annat:

### 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)

#### Hur många enkelresor behöver du per månad?

#### Hurdant färdtjänstfordon behöver du?

- Taxi
- Taxi med rullstolslift
- Annat

#### Behöver du hjälp till och från taxin

- Ja
- Nej

## Läkare

Den behandlande läkaren som vid behov skall kontaktas av socialarbetare på socialförvaltningen för kompletterande läkarutlåtande för ansökan:

Namn

Tel.nr

Arbetsplats

## Kontaktpersoner

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person

**Namn**

**Befattning**

Jag har intressebevakare:

**Namn:**

**Adress:**

**Tel.nr:**

**E-post:**

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

**Namn:**

**Adress:**

**Tel.nr:**

**E-post:**

## Samtycke (Kryssa i!)

Ja, jag samtycker till att socialarbetare på Kommunernas socialtjänst kf. vid behov kontaktar andra aktörer inom social-, sjuk- och hälsovård (t.ex. AHS) och anhöriga, för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.

Nej, jag samtycker inte till ovanstående

## Bilagor

**Komplettering till ansökan inlämnas senare**

Ja

Nej

## Underskrift

**Ort**

**Datum**

**Underskrift**

---

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](http://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)