



### Sökande

Namn	Personnummer
Adress, postnummer och ort	Telefonnummer
Tillfällig adress	Folkbokförd i Stenungsunds kommun <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
God man/förvaltare, vårdnadshavare eller anhörig	Telefonnummer

### Läkarutlåtande

Bifogar läkarintyg  Ja  Nej

### Funktionsnedsättning

Beskriv din funktionsnedsättning, dina svårigheter att förflytta dig på egen hand och att resa med allmänna kommunikationer

### Hjälpmedel vid förflyttning

Inga hjälpmedel  Rollator  Käpp  Rullstol  Ledsagare  
 Annat: .....

### Förflyttning

**Jag klarar av att:**

förflytta mig utomhus	<input type="checkbox"/> Ja – antal meter.....	<input type="checkbox"/> Nej	
ta mig till närmaste busshållplats	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Avstånd: .....
gå i trappor	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
stiga på buss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Om nej, varför inte? .....

### Färd sätt

Jag kan åka personbil	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej, jag måste åka specialfordon
Jag behöver hjälp till och från fordonet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Jag behöver hjälp i fordonet under resan (Det vill säga mer hjälp än vad jag kan få av chauffören. Om du svarar ja ansöker du automatiskt även om ledsagare.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Ange hjälpbehovet:.....

Jag behöver extra benutrymme i fordonet  Ja  Nej  
Jag måste ta med hjälpmedel/medicinsk utrustning vid resa  Ja  Nej

Ange vad:.....

Jag reser med lågbussgolv  Ja  Nej  
Jag reser med närbuss/närtrafik  Ja  Nej

## Övrigt

Övrigt att tillägga

- Jag intygar att uppgifterna är riktiga. Om det sker förändringar som gör att jag inte längre behöver färdtjänst kontaktar jag kommunens handläggare omgående.
- Jag godkänner att kommunens handläggare tar kontakt med och inhämtar uppgifter som har betydelse för färdtjänstutredningen från andra, till exempel läkare eller andra myndigheter som biståndshandläggare eller Försäkringskassan.
- Jag godkänner att kommunens handläggare kontaktar sjukreseenheten (Västra Götalandsregionen) för att informera om mina färdtjänstinsatser.
- Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter kommer att behandlas enligt personuppgiftslagen hos beställningscentral och hos transportföretag.

## Underskrift

Datum	Underskrift
-------	-------------

**Skicka ansökan till: Stenungsunds kommun, Färdtjänst, 444 82 Stenungsund.**  
*Ovanstående uppgifter kommer att behandlas enligt Personuppgiftslagen (PUL).*