

Herrljunga Kommun
Box 201
524 23 Herrljunga
Tel. 0513-170 00

Ansökan om särskild kollektivtrafik – Färdtjänst

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____ Mail: _____

Folkbokförd i Herrljunga kommun ☐ JA ☐ NEJ

Beskrivning av funktionsnedsättning:
(Läkarutlåtande kan i vissa fall vara aktuellt)

Är funktionsnedsättningen bestående minst 3 månader? ☐ JA ☐ NEJ

Jag använder följande hjälpmedel:

☐ Rollator/
gåbord ☐ Rullstol ☐ Elrullstol ☐ Stödkäpp/krycka/
markeringskäpp för
synskadad ☐ Certifierad
ledarhund ☐ Egen bil

Om du använder rullstol - kan du flytta över från rullstol till bil? ☐ JA ☐ NEJ

Jag har behov av **ledsagare under färden** i bilen ☐ JA ☐ NEJ

Om ja, vad behöver du hjälp med? _____

Jag klarar själv att förflytta mig utomhus _____ meter ☐ inte alls

Klarar trappor ☐ JA ☐ NEJ

Kan stiga på/av buss ☐ JA ☐ NEJ

Om nej, varför inte? _____

Kan åka personbil ☐ Behöver specialfordon ☐ Extra utrymme bil ☐

Behövs hjälp till och från bilen? ☐ JA ☐ NEJ

Har du haft färdtjänst innan? ☐ JA ☐ NEJ

☐ **Jag samtycker till att handläggaren inhämtar de uppgifter som behövs för att kunna fatta beslut i mitt ärende från andra, såsom läkare, hälso-och sjukvårdspersonal, biståndshandläggare och andra myndigheter.**

Härmed intygas att ovanstående uppgifter är sanningsenliga. Jag förbinder mig att meddela handläggaren förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst samt om jag byter adress.

Datum: _____ Underskrift: _____