

Information

Färdtjänst är till för dig som på grund av funktionshinder har svårt att förflytta dig på egen hand eller resa med den allmänna kollektivtrafiken. Du kan inte använda färdtjänst för sjuk- och behandlingsresor, eller till resor som betalas av någon annan.

Skickas till

Region Västmanland
Kollektivtrafikförvaltningen Färdtjänst
721 89 Västerås

Fyll i samtliga uppgifter och glöm inte att skriva under innan du postar ansökan till adressen ovan.

Personuppgifter

| | | |
|--|--|--------------|
| Namn | | Personnummer |
| Adress | Postadress | |
| Våningsplan | Tillgång till hiss <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Telefon | Mobil | |
| Eventuell annan kontaktperson än sökande | | Telefon |
| Har du haft färdtjänst tidigare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange år _____ och i vilken kommun: _____ | | |

Beskriv din funktionsnedsättning

| |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

Beskriv dina svårigheter att förflytta dig på egen hand och att resa med allmän kollektivtrafik

| |
|---|
| <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
|---|

Vilket eller vilka hjälpmedel använder du i din vardag vid förflyttning?

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inget | <input type="checkbox"/> Käppar/kryckor | <input type="checkbox"/> Rollator fällbar | <input type="checkbox"/> Rollator ej fällbar | <input type="checkbox"/> Rullstol fällbar |
| <input type="checkbox"/> Rullstol ej fällbar | <input type="checkbox"/> Elrullstol/El scooter | <input type="checkbox"/> Annat: _____ | | |

Hur klarar du att förflytta dig på egen hand utan eller med gånghjälpmedel?

| | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Klarar du att gå till/från busshållplatsen vid din bostad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Kan du gå på/av bussen på egen hand? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Kan du resa med allmän kollektivtrafik om du har en ledsagare? | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | |

Kan du resa med allmän kollektivtrafik?

| | | |
|--------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Buss med trappor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Buss utan trappor? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Närmaste buslinje: | | |

Övriga upplysningar

| | |
|--|---------------|
| Vistas du för närvarande på korttidsboende/lasarett? Om ja, vilket | Telefonnummer |
| Finns behov av tolk? | |
| <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange språk: _____ | |
| Bifogas intyg från läkare eller fysioterapeut?*) | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| *) Bifoga gärna ett intyg från läkare eller fysioterapeut som styrker din funktionsnedsättning. Ett intyg kan komma att krävas som en del i beslutsunderlaget, men berättigar i sig inte ett färdtjänstillstånd. | |
| Kompletterande upplysningar till ansökan | |
| _____ _____ _____ _____ | |

Sökandes underskrift

| | |
|--|--|
| Jag intygar härmed att den information jag lämnar är korrekt. Jag samtycker till att uppgifterna behandlas i enlighet med gällande dataskyddslagstiftning och för det ändamål ansökan gäller. Endast de uppgifter som är nödvändiga för att genomföra transporten lämnas vidare till trafikbolag som har i uppdrag att samordna resor. | |
| Ort och datum | Om den sökande inte kan underteckna själv <input type="checkbox"/> Fullmakt/förordnande bifogas <input type="checkbox"/> Med hand på pennan*) |
| Underskrift 1 | Namnförtydligande |
| Underskrift 2 (Vid gemensam vårdnad ska båda vårdnadshavare underteckna ansökan) | Namnförtydligande |

*) "Med hand på pennan" innebär att den sökande håller i pennan samtidigt som du hjälper till att skriva under. Får endast användas vid akuta fall och som en tillfällig lösning där fullmakt eller förordnande saknas.