



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT HANDIKAPPSERVICELAGEN

Österbottens välfärdsområde

Ansökan har mottagits

1. ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT HANDIKAPPSERVICELAGEN

Ansökan om färdtjänst enligt handikappservicelagen

Färdtjänst i enlighet med handikappservicelagen är avsedd för personer som på grund av en långvarig funktionsnedsättning eller sjukdom har svårigheter att röra sig och kan inte använda offentlig kollektivtrafik utan oskäligt stora svårigheter, ensam, eller med assistent. Förutom funktionsnedsättningen beaktas sökandens omgivning, livssituation och dagliga funktionsförhållanden

Jag söker färdtjänst för

- fritid, rekreation och ärenden
 studieresor
 arbetsresor

2. PERSONUPPGIFTER

Släktnamn och förnamn

Personbeteckning

Adress

Postnummer

Telefonnummer

E-postadress

Familjeförhållande

- Bor ensam Samboende I äktenskap Annat, vad

Vårdnadshavarens eller intressebevakarens namn och adress

Hemort enligt befolkningsregistret

Språk

- Finska Svenska Annat, vad

3 UPPGIFTER OM FUNKTIONSNEDSÄTTNING OCH SJUKDOM

Funktionsnedsättning eller sjukdom

Beskriv på vilket sätt funktionsnedsättningen/sjukdomen orsakar behovet av färdtjänst

Hjälpmiddel ni använder

- Rullstol, ihopfällbar Speciellt bred rullstol
 Rullstol, ej ihopfällbar Elrullstol
 Rollator, ihopfällbar Rollator ej ihopfällbar
 Syreberikare, andningsapparat, syreflaska Kryckor, käp
 Elmoped Annat, vad
 Inga hjälpmedel

4 UPPGIFTER OM BOENDEFORM

Boendeform

- Våningshus Radhus Egnahemshus Serviceboende Gruppboende
- Annat, vad
- Tillgång till hiss Ingen hiss

Ytterligare uppgifter om boendet (t.ex. om trappsteg som försvårar rörelse)

Bostadens läge med avseende till tjänster och trafikförbindelser

Avståndet till närmaste hållplats för kollektivtrafiken meter

Avståndet till närbutiken meter

Vilka av följande trafikmedel anlitat ni?

- kollektiva trafikmedel Egen bil Annan privat bil Taxi Annat, vad

Hur ofta anlitat ni kollektiva trafikmedel gånger i veckan gånger i månaden.

Jag kan inte anlita kollektivtrafiken, eftersom

När har ni senast anlitat kollektivtrafiken?

Behöver ni hjälp av annan person/chauffören för att komma in i bilen?

- Ja Nej Tidvis, varför

Behöver ni hjälp i dagliga sysslor (t.ex. hushållsarbeten, personlig hygien, på- och avklädning)?

- Ja Nej Tidvis, när

Vad behöver ni hjälp med i vardagen?

Vem hjälper?

Behöver ni hjälp med att uträtta ärenden utanför hemmet?

- Ja Nej Tidvis, när

Vem hjälper?

Hur rör ni er inne i bostaden?

Hur klarar ni er i trappor?

Hur rör ni er utomhus?

Hur lång sträcka klarar ni av att gå ute

med hjälpmedel: På sommaren / meter _____ På vintern / meter _____
utan hjälpmedel: På sommaren / meter _____ På vintern / meter _____

5 FÖRVÄRVS ARBETE (fyll i om du ansöker om arbetsresor)

Jag är i anställningsförhållande Jag är självständig yrkesutövare

Arbetsgivare

Arbetsplatsens adress

Eventuella övriga arbetsställen

Antalet arbetsdagar i månaden

Får ni bidrag till arbetsresorna från annat håll?

Nej Ja, varifrån

6 STUDIER (fyll i om du anhåller om studieresor)

Läroanstaltens namn

Läroanstaltens adress

Byts studielokalerna under dagen så att ni behöver färdtjänst för att kunna flytta er?

Ja Nej

Studiernas begynnelse datum

Studiernas avslutningsdatum pågående läsår

Antalet studiedagar i månaden

Beräknad examenstidpunkt

Får ni bidrag för studieresorna från annat håll?

Nej Ja, varifrån

7 ÖVRIGA UNDERSTÖD SOM PÅVERKAR SAKEN OCH EVENTUELLA INSTANSER SOM GER ERSÄTTNING

Har ni beviljats bilbidrag?

Nej Ja, vilket år?

Har ni fått skatteåterbäring för bilen?

Nej Ja, vilket år?

Har ni beviljats / har ni ansökt om ersättning via försäkringsbolag (trafikförsäkring, olycksfallsförsäkring e.d.)?

Nej Ja, namnet på försäkringsbolaget

kan inte få ersättning från försäkringsbolaget

8 YTTRELLIGARE INFORMATION

Skriv här uppgifter som är väsentliga för användning av färdtjänsten, t.ex. minnessjukdom, svårighet att köra med elrullstol på lyftanordningen, specialbred rullstol, kommunikationsproblem, försvagad hörsel/hörselskada, försvagad syn/synskada.

Använd vid behov tilläggsblad.

Har du behov av följeslagare/assistans under resan?

Har du behov av INVA- taxi

9 SAMTYCKE

Min ansökan kan bedömas inom funktionshindersservicens mångprofessionella team. Övriga myndigheter är skyldiga att lämna ut sådana uppgifter som är nödvändiga för behandlingen av min ansökan (Lag om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 20 §).

Jag ger mitt samtycke Jag ger inte mitt samtycke

Ifall ni beviljas färdtjänst, ges nödvändiga uppgifter till förmedlingscentralen som ordnar tjänsten.

Sökandes telefonnummer kan lämnas ut till chauffören.

Jag ger mitt Jag ger inte mitt samtycke

Om ni har mobiltelefon, kan sms om era resor sändas till den

Jag ger mitt samtycke Jag ger inte mitt samtycke

Jag ger mitt samtycke till att de myndighetspersoner som behandlar min ansökan, kan begära nödvändig tilläggsinformation som är av följande myndigheter.

Närståendevård Hemvård Servicehandledning Fysio-/rehabiliteringshandledare

Annat, vad:

Jag ger inte mitt samtycke, jag levererar själv de uppgifter som behövs

10 UNDERSKRIFT

Ort och datum

Sökandes underskrift och namnförtydligande

11 PERSON SOM ASSISTERAT VID IFYLLET AV ANHÅLLAN

Namn

Tjänsteställning eller släktskapsrelation

Telefonnummer

Returadress

Kronoby, Larsmo, Pedersöre, Nykarleby, Vörå

Österbottens välfärdsområde
Funktionshindersservice
Strengbergsgatan 1 D
PB 111
68600 Jakobstad

Korsholm, Laihela, Vasa, Malax, Korsnäs, Närpes, Kaskö,
Kristinestad

Österbottens välfärdsområde
Funktionshindersservice
Korsholmsesplanaden 44, 4. våning
PB 241
65101 Vasa

Bilagor

Till ansökan om färdtjänst enligt handikappservicelagen bifogas alltid **läkarutlåtande** och/eller av **hälsovårdspersonalen, tex. ADL-bedömning, rehabiliteringshandledarens, fysioterapeutens eller ergoterapeutens utlåtande, som inte får vara äldre än ett (1) år, där det framkommer;**

-hälsotillstånd / funktionsnedsättning/ sjukdom

-så noggrann beskrivning som möjligt av sökandes förmåga att klara av vardagliga sysslor utgående från de funktionella begränsningar som funktionsnedsättning eller sjukdomen medför samt

-en beskrivning av hur permanent funktionshindret är och en prognos om hur långvarig sjukdomen eller funktionsnedsättning är.

Personuppgifter behandlas för att myndighetsuppgifterna ska kunna utföras. Laglig grund: Rättslig förpliktelse. Personuppgifterna lagras enligt förvaringstiderna i Lag om klienthandlingar inom socialvården 254/2015. Personuppgiftsansvarig är Österbottens välfärdsområde. Kunder har rätt att av Socialomsorgen få information om de personuppgifter som behandlas. Personuppgifterna är inte offentliga och delas inte med tredje part. Vid frågor om behandlingen av personuppgifter kan dataskyddsansvariga i Österbottens välfärdsområde kontaktas via e-post på dataskyddsansvariga@ovph.fi