

## ANSÖKAN OM SERVICE SOM STÖDER RÖRLIGHET

Österbottens välfärdsområde

Ansökan har mottagits

1. ANSÖKAN OM SERVICE SOM STÖDER RÖRLIGHET	
<p><b>Service som stöder rörligheten enligt socialvårdslagen</b>            Service som stöder rörlighet ordnas till personer, som inte självständigt kan använda allmän kollektivtrafik, beställningsstyrd kollektivtrafik eller servicelinjer på grund av nedsatt funktionsförmåga.            Syftet med service som stöder rörlighet är att man skall kunna sköta om alla de ärenden som hör till dagligt liv.            Service som stöder rörlighet ordnas enligt de individuella behoven.            Målsättningen är att verkställa socialvårdslagens syfte med att befrämja och upprätthålla välbefinnande, minska ojämlikhet samt motverka och minska marginalisering.            Servicen stöder speciellt den äldre befolkningens möjligheter till hemmaboende, klara sig självständigt och vara delaktig i samhället.            (Service som stöder rörlighet och färdtjänst används synonymt i blanketten)</p>	
2. PERSONUPPGIFTER	
Släktnamn och förnamn	Personbeteckning
Adress	Postnummer
Telefonnummer	E-postadress
Familjeförhållande <input type="checkbox"/> Bor ensam <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> i äktenskap <input type="checkbox"/> Annat, vad	
Vårdnadshavarens eller intressebevakarens namn och adress	
Hemort enligt befolkningsregistret	
Språk <input type="checkbox"/> Finska <input type="checkbox"/> Svenska <input type="checkbox"/> Annat, vad	
Till vilket ändamål söker ni resor?	
Hur många resor söker ni om?	
3 UPPGIFTER OM FUNKTIONSNEDSÄTTNINGEN OCH SJUKDOMEN	
Funktionsnedsättning eller sjukdom	
Beskriv på vilket sätt funktionsnedsättningen/sjukdomen orsakar behovet av färdtjänst	
Hjälpmedel ni använder <input type="checkbox"/> Rullstol, ihopfällbar <input type="checkbox"/> Speciellt bred rullstol <input type="checkbox"/> Rullstol, ej ihopfällbar <input type="checkbox"/> Elrullstol <input type="checkbox"/> Rollator, ihopfällbar <input type="checkbox"/> Rollator ej ihopfällbar <input type="checkbox"/> Syreberikare, andningsapparat, syreflaska <input type="checkbox"/> Kryckor, käpp <input type="checkbox"/> Elmoped <input type="checkbox"/> Annat, vad <input type="checkbox"/> Inga hjälpmedel	

#### 4 UPPGIFTER OM RÖRLIGHET, LIVSMILJÖ OCH 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 ÖVRIGA UNDERSTÖD SOM PÅVERKAR ANSÖKAN OCH EVENTUELLA INSTANSER SOM GER ERSÄTTNING

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

## 6 YTTERLIGARE INFORMATION

Skriv här uppgifter som är väsentliga för användningen av färdtjänst, t.ex. minnessjukdom, svårighet att köra med elrullstol på bilens lyftanordning, specialbred rullstol, kommunikationssvårigheter, försvagad hörsel/hörselskada, försvagad syn/synskada.

Använd vid behov tillägsblad.

Har ni behov av följeslagare under resan

Ja  Nej

Har ni behov av INVA-taxi

Ja  Nej

## 7 SAMTYCKE

Min ansökan kan bedömas inom ett mångprofessionellt 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 beslutet om service som stöder rörlighet är positivt, ges nödvändiga uppgifter till förmedlingscentret som ordnar tjänsten.

Sökandes telefonnummer kan lämnas ut till chauffören.

Jag ger mitt samtycke  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 arbetstagare 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

## 8 UNDERSKRIFT

Ort och datum

Sökandes underskrift och namnförtydligande

## 9 PERSON SOM ASSISTERAT VID IFYLLET AV ANSÖKAN

Namn

Tjänsteställning eller släktskapsrelation

Telefonnummer

## Returadress

--	--

**Bilagor**

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

-hälsotillstånd / funktionsnedsättning/ sjukdom (diagnoserna),

-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](mailto:dataskyddsansvariga@ovph.fi)