



TRANÅS
KOMMUN

Ansökan om färdtjänst

Namn: _____ Personnummer: _____

Tfn. bostad: _____ Tfn. arbete: _____ Tfn. mobil: _____

E-postadress: _____

Behov av tolk:

Ja Om ja, på vilket språk: _____ Nej

Funktionsnedsättning

Beskriv ditt funktionshinder/diagnos, ange synliga och/eller dolda funktionshinder, t ex nedsatt rörelseförmåga, orienteringsproblematik, allergier, synnedsättning eller annat: _____

Beskriv på vilket sätt du har svårighet att förflytta dig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationsmedel: _____

Hur färdas du för närvarande? _____

Övriga uppgifter

Kan du åka taxi med den hjälp du kan få från föraren?

Ja Nej, förklara nedan

Beskriv vad du behöver hjälp med: _____

Vilka hjälpmedel använder du vid förflyttning?

Inga hjälpmedel Käpp
 Två käppar/kryckor Rollator, ihopfällbar
 Rollator, ej fällbar Permobil
 Rullstol Måste du sitta kvar i rullstolen under resan Ja Nej

Annat, ange vad: _____

Underskrift

Ort och datum: _____ Namnteckning: _____

Eventuell kontaktperson eller den som hjälpt till med ansökan: _____ Telefon: _____

Ansökan skickas till:

Socialtjänsten

Biståndshandläggare

Storgatan 52

573 32 Tranås