

Ansökan skickas till:  
Katrineholms kommun  
Vård- och omsorgsförvaltningen  
Medborgarfunktionen  
641 80 KATRINEHOLM

## Ansökan om färdtjänst

### Personuppgifter

Namn		Personnummer	
Adress		Postadress	
Telefon (inklusive riktnummer)		Folkbokföringskommun	
Antal våningar till bostaden		Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Ansökan avser <input type="checkbox"/> Ny ansökan <input type="checkbox"/> Förlängning <input type="checkbox"/> Haft tidigare <input type="checkbox"/> Ny ansökan efter tidigare avslag			

### Funktionshinder (art och omfattning)

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder

### Hjälpmedel vid förflyttning

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Käpp för synskadade
<input type="checkbox"/> Stödkäpp	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol	<input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Kryckor	<input type="checkbox"/> Permobil	<input type="checkbox"/> Annat ange vilket
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Elmoped	

### Gångsträcka

Antal meter eller uppskattad sträcka som jag kan förflytta mig, utan väsentliga svårigheter.

Jag kan gå i vanliga trappor

Ja, utan svårigheter  Ja, med vissa svårigheter  Ja, med väsentliga svårigheter  Nej, inte alls

Avstånd till närmaste hållplats för busstrafiken

## Nuvarande färsätt/hur reser jag idag?

--

## Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Jag kan själv ta mig till fordonet	<input type="checkbox"/> Jag behöver extra benutrymme i fordonet
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp till fordonet	<input type="checkbox"/> Jag behöver vinklat säte i fordonet
<input type="checkbox"/> Jag behöver bäras till fordonet	<input type="checkbox"/> Jag behöver färdas liggande (bårtransport)
<input type="checkbox"/> Jag behöver färdas sittande i rullstol (specialfordon)	<input type="checkbox"/> Jag behöver bärhjälp i trappor

## Övriga upplysningar

--

## Medgivande

- Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från tjänsteman hos kommunen

## Bilagor som bifogas

- Utlåtande från medicinskt sakkunnig  
 Annat:.....

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre behöver färdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsthandläggaren.

## Namnteckning

Ort och datum	
Sökandes namnteckning	Namnförtydligande
Behjälplig med ansökan	Telefon (även riktnummer)

**Vi behandlar dina personuppgifter i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).  
Du kan läsa mer på [katrineholm.se/personuppgifter](http://katrineholm.se/personuppgifter).**

**Vid frågor kan du kontakta färdtjänsthandläggaren på telefon 0150-578 34**