



KASKÖ STAD
HANDIKAPPSERVICE
Rådhusgatan 34
64 260 KASKÖ

ANHÅLLAN OM FÄRDTJÄNST

Ankomstdatum

PERSONUPPGIFTER

Sökandens namn	Personbeteckning
Adress	Tel.nr. dagtid
Postnummer och -anstalt	Stadigvarande bostadsort
Yrke	E-postadress
Bor Ni ensam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, till familjen hör också:	
Födelseår för de barn som bor hemma:	
JAG ANHÅLLER OM FÄRDTJÄNST FÖR FÖLJANDE RESOR:	
1. <input type="checkbox"/> Arbetsresor (som bilaga intyg från arbetsgivare, utredning om arbetstider och läkarutlåtande)	
2. <input type="checkbox"/> Skolresor (som bilaga intyg från läroinrättning och läkarintyg)	
3. <input type="checkbox"/> Resor för ärenden och fritid enligt HandikappL (som bilaga läkarutlåtande)	

UPPGIFTER GÄLLANDE SKADA OCH SJUKDOM

Skada eller sjukdom
Använder Ni hjälpmedel <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad?
På vilket sätt förhindrar er skada eller sjukdom er från att röra er?
Hur långt klarar Ni av att gå utomhus? På sommaren: m, På vintern: m
Hur klarar ni av trappor?
Hur länge orkar Ni stå?
Kan Ni använda allmänna färdmedel? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> med följeslagare <input type="checkbox"/> ensam Varför klarar Ni inte av det?

Vilket slags fordon har Ni använt nu för ärenden och fritidsresor?

Finns det bil i Er familj? ja nej

Har Ni för bilen fått returnering av bils katt från tullen eller stöd enl. HandikappL? ja nej

Kan ni köra själv? ja nej

Till hurudana resor behöver Ni färdtjänst?

Antal resor per månad:

UNDERSKRIFT OCH MEDGIVANDE

Samtidigt befullmäktigar jag myndigheten att inhämta behövliga uppgifter för beslutsfattandet i mitt färdtjänstärende, ifall jag inte själv har tillställt dem.

Datum _____

Underskrift och namnförtydligande _____

Kontaktperson _____

Bilagor: Läkarutlåtande

Intyg från arbetsgivare/läroinrättning

Annat utlåtande/intyg