



## ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNSTTILLSTÅND

Färdtjänst är ett komplement till kollektivtrafiken och är avsedd för kommuninvånare som har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer. Funktionsnedsättningen skall vara bestående i mer än tre månader.

### PERSONUPPGIFTER

Namn:		Personnummer:
Adress:	Telefon:	Mobiltelefon:
Postnummer och postadress:		Folkbokföringskommun:
Har haft färdtjänst tidigare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

### ANGE SYNLIGA OCH/ELLER DOLDA FUNKTIONSHINDER (Ifylles alltid)

Till exempel diagnos, nedsatt gångförmåga, orienteringssvårigheter eller annat:

Är funktionshindret bestående minst 3 månader? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du läkarintyg som styrker Ditt funktionshinder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du några hjälpmedel till följd av Ditt funktionshinder? <input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel <input type="checkbox"/> Manuell rullstol <input type="checkbox"/> Annat, ange vilket <input type="checkbox"/> Stödkäpp/krycka <input type="checkbox"/> Eldriven rullstol      .....
<input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Käpp för synskadade
<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Elmoped/skoter

### GÅNGSTRÄCKA

Uppskattad förflyttningssträcka, <b>beskriv</b> en väg du kan gå (med eller utan hjälpmedel)
Jag kan gå i vanliga trappor <input type="checkbox"/> Ja, utan svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med vissa svårigheter <input type="checkbox"/> Ja, med stora svårigheter <input type="checkbox"/> Nej, inte alls

Fortsätt på nästa sida

## Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Kör bil själv	Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, beskriv varför:
<input type="checkbox"/> Stadsbuss	
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket	
Ange ungefärligt avstånd till närmsta busshållplats:	

## Boendeförhållande

<input type="checkbox"/> Eget hus	<input type="checkbox"/> Lägenhet belägen på <input type="checkbox"/> Bottenvåningen <input type="checkbox"/> Annan våning Hiss finns <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------------	---

## Hjälp under själva resan

Har du behov av hjälp när du sitter inne i fordonet?
Om du svarade ja, beskriv vilken slags hjälp du har behov av

## För dig som använder rullstol

Jag måste sitta kvar i rullstol under resan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

## Övriga upplysningar jag vill lämna

----------

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 färdtjänsten. Beslut i ärendet meddelas skriftligen inom fyra veckor

Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter som är av betydelse för utredningen får inhämtas från:

- Intygsskrivande läkare  Tjänsteman hos kommunen  Hälso- och sjukvården

Ämåls kommun kommer att behandla personuppgifter om dig för att handlägga din ansökan om färdtjänst.

Behandlingen sker med stöd av dataskyddsförordningen GDPR och laglig grund "Myndighetsutövning". De personuppgifter vi behandlar är dem du lämnar på denna blankett samt den som inhämtas med ditt medgivande från förskrivande läkare, tjänstemän i kommunen och/eller hälso- och sjukvården. Personuppgifterna raderas fem år efter att ansökan blivit inaktuell eller fem år efter att ditt tillstånd upphört. Överklagande av beslut raderas inte. Personuppgifter om dig kommer att delas med Västtrafik som ansvarar för färdtjänstresor.

Du har rätt att begära tillgång till och rättelse av dina personuppgifter. Du kan under vissa förutsättningar ha rätt till radering eller överföring till annan personuppgiftsansvarig. Du kan ha rätt att begränsa eller invända mot personuppgiftsbehandling. Du kan återkalla ditt samtycke om du har lämnat en sådan laglig grund. Kontaktuppgifter: [Dataskyddsbud@amal.se](mailto:Dataskyddsbud@amal.se) (vid frågor). [Datainspektionen@datainspektionen.se](mailto:Datainspektionen@datainspektionen.se) (vid klagomål). Personuppgiftsansvarig är kommunstyrelsen.

## UNDERSKRIFT (Ansökan utan giltig namnteckning/fullmakt återsänds för komplettering)

Ort och datum
Sökandes namnteckning
Behjälplig att fylla i ansökan, namn, telefonnummer och din relation till den sökande

**Ansökan skickas till:**  
**Kommunstyrelsen**  
**Färdtjänst**  
**Box 62**  
**662 22 Åmål**

\*Bifoga en kopia på förordnade som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud