

## Ansökan om färdtjänst

\* Obligatoriska fält

### Dina uppgifter

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
E-post*
Telefon*
Mobil

### Information om personuppgiftsbehandling

Vellinge kommun samlar in och lagrar de personuppgifter som du lämnar i e-tjänsten för "Ansökan om färdtjänst" (behandling som sker är insamling, hantering, lagring, överföring och radering).

De personuppgifter som behandlas för ändamålet är: namn, personnummer, adress, telefonnummer och e-post.  
De personuppgifter som behandlas sker med stöd av myndighetsutövning.

Dina personuppgifter kommer att lagras i vår e-tjänsteplattform samt ärendesystemet Procapita/Lifecare.  
Dina personuppgifter kommer hanteras av Omsorgsnämnden.

Vellinge kommun hanterar dina personuppgifter i enlighet med Dataskyddsförordningen och behåller inte personuppgifter du har lämnat in längre än nödvändigt. Personuppgiftsansvarig för denna behandling är Omsorgsnämnden och uppgifterna gallras automatiskt efter 2 veckor.

Mer information om hur vi behandlar personuppgifter, om dina rättigheter och om Dataskyddsförordningen finns på [www.vellinge.se/personuppgifter](http://www.vellinge.se/personuppgifter).

Dataskyddsombudet för Vellinge kommun nås på [dataskyddsombud@vellinge.se](mailto:dataskyddsombud@vellinge.se) eller 040-42 50 00.

## Vilken roll har du som gör ansökan?

Ansökan görs av\* (Du kan endast välja ett alternativ)

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sökande               | <input type="checkbox"/> God man    |
| <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare        | <input type="checkbox"/> Förvaltare |
| <input type="checkbox"/> Ombud enligt fullmakt |                                     |

## Vilket barn gäller ärendet?

Om du är vårdnadshavare, vilket barn gäller ansökan?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

- |                                 |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barn 1 | <input type="checkbox"/> Barn 2 |
|---------------------------------|---------------------------------|

Jag är ensam vårdnadshavare

Har du använt denna tjänst tidigare och vill hämta upp tidigare ärende? (Du kan endast välja ett alternativ)

- |                             |                              |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Ärende

## Barnets uppgifter

Personnummer\*

Förnamn\*

Efternamn\*

Adress\*

Postnummer\*

Ort\*

Telefon\*

E-post\*

Eventuella övriga kontaktuppgifter

## Ytterligare vårdnadshavare

Jag är ensam vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Ensam vårdnadshavare (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

## Vårdnadshavarens uppgifter

Förnamn

Efternamn

Personnummer

E-mailadress

Adress

Postnummer

Ort

Telefon\*

Mobil\*

E-post\*

**Personuppgifter på den som ansökan avser, om du är ombud.**

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
E-post*
Eventuella övriga kontaktuppgifter
Bifoga fullmakt*

**Personuppgifter på den som ansökan avser, om du är Förvaltare / God man.**

Personnummer*
Förnamn*
Efternamn*
Adress*
Postnummer*
Ort*
Telefon*
E-post*
Eventuella övriga kontaktuppgifter

## Funktionshinder

Har du haft färdtjänst tidigare?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, när upphörde färdtjänstillståndet?
Diagnos / funktionsnedsättning*
Vilka svårigheter medför din funktionsnedsättning (ex gångsvårigheter, orienteringssvårigheter eller annat)?*
Funktionshindrets beräknade varaktighet.* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Mindre än 3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 6-12 månader <input type="checkbox"/> 1-2 år <input type="checkbox"/> Mer än 2 år <input type="checkbox"/> Bestående
<b>Läkarintyg. För att ansökan ska kunna handläggas krävs ett läkarintyg där konsekvenserna av funktionshindret framgår.</b>
Läkarintyg bifogas.* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Läkarintyg bifogas med ansökan <input type="checkbox"/> Jag ber min läkare att skicka in läkarintyg
Läkarintyg

## Hjälpmedel

Använder du dig av hjälpmedel för att ta dig fram?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, hur ofta? (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Alltid <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Ibland
Om ja, ange vilka hjälpmedel:
Har du en ledarhund?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ungefär hur många meter kan du förflytta dig utan vilopaus med hjälp av dina hjälpmedel?*
Ungefär hur många meter kan du förflytta dig med vilopaus med hjälp av dina hjälpmedel?*
Kommentarer:

## Färdsätt

Kan du ta dig till / från hållplats för allmänna kommunikationer?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Om nej, beskriv varför:

Kan du gå ombord på och stiga av allmänna kommunikationer?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Om nej, beskriv varför:

Klarar du av att förflytta / placera dig ombord på allmänna kommunikationer?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

Om nej, beskriv varför:

Vad är ditt nuvarande färdstätt?

Kör du egen bil?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

## Extra hjälpbehov

Kan du själv kommunicera med chauffören?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om nej, beskriv varför:
Är du i behov av att sitta i rullstol under färden och behöver därför specialfordon?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Behöver du mer hjälp under själva resan än vad du kan få av föraren och ansöker om ledsagare? (OBS! Detta har inget med hjälpbehov på ankomststället att göra)* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Jag behöver hämtas och lämnas inne hos annan person till exempel på grund av demenssjukdom* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv varför:
Jag måste kunna ta med mig behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning vid resan (till exempel syrgas).* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om ja, beskriv varför:
Övriga kommentarer:

## Omyndig person

För att göra denna e-tjänst så behöver man vara myndig. Du får be din/dina vårdnadshavare att göra e-tjänsten.

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift

## Medsökande

---

Ort och datum

---

Underskrift