

Ansökan om färdtjänst

Färdtjänster i enlighet med lagen om handikappservice

Med denna ansökan ansöker man om färdtjänst i enlighet med § 8 i lagen om handikappservice. Servicen är avsedd för personer med svår funktionsnedsättning som inte på grund av svårigheterna i rörelsen, vilka har orsakats av en långvarig skada eller sjukdom, inte kan använda allmänna kollektiva trafikmedel utan att det orsakar orimligt stora svårigheter. Utöver skadan tas sökandens livsmiljö, livssituation och dagliga verksamhetsförhållanden i beaktande.

1. SÖKANDENS PERSONUPPGIFTER

Sökandens namn		Personbeteckning
Adress	Postnummer	
Hemkommun	Telefonnummer	
E-postadress		

Försörjare eller intressebevakare, namn och kontaktuppgifter: _____

Namn på och kontaktuppgifter till en annan kontaktperson: _____

Namn på och kontaktuppgifter till en person som utträttar ärenden på den sökandens vägnar, e-postadress: _____

Spåket på vilket ni utträttar ärenden: finska svenska annat, vilket? _____

2. JAG ANSÖKER OM FÄRDTJÄNST FÖR FÖLJANDE RESOR

Resor för att uträtta ärenden och fritidsresor Arbetsresor (fyll i också punkten 6)

Studieresor (fyll i också punkten 7)

3. HJÄLPBEHOV SOM ORSAKATS AV EN SKADA ELLER SJUKDOM

Diagnoser / andra skador och sjukdomar: _____

Andra begränsningar av funktionsförmågan och behov av hjälp i anslutning till en skada eller sjukdom: _____

När har den begränsning av funktionsförmåga som liknar den nuvarande begränsningen av funktionsförmågan i anslutning till en skada eller sjukdom börjat? _____

Hjälpmedel som ni använder:

rullstol (hopfällbar)

separat för hemma

utanför hemmet

rullstol (ej hopfällbar)

separat för hemma

utanför hemmet

speciell bred rullstol	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
elrullstol	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
rollator (hopfällbar)	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
rollator (ej hopfällbar)	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
syreberikare/andningsapparat/syrgasflaskor	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
kryckor/käpp	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
elmoped	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
inga hjälpmedel i användning	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet
annat, vilket _____	<input type="checkbox"/>	separat för hemma	<input type="checkbox"/>	utanför hemmet

4. UPPGIFTER SOM BERÖR BOENDE- OCH LEVNADSFÖRHÅLLANDEN

Boende

- Flervåningshus, vilken våning? _____ Finns det i ert hus en hiss som är tillräcklig rymlig? ja nej
- Radhus Egnahemshus annat, vilket? _____

Mera information om boende (t.ex. eventuella hinder i boendemiljön)

Bostadens läge med tanke på service och traktiförbindelser

Avstånd till den närmaste hållplatsen för kollektivtrafiken är _____ meter

Avstånd till närbutiken är _____ meter.

Vilka av följande trafikmedel använder ni?

- Allmänna transportmedel Egen bil Annan privatbli Taxi

Annat, vilket? _____

Jag kan inte använda allmänna transportmedel eftersom _____

När har ni sist använt allmänna transportmedel? _____

5. HJÄLPBEHOV I ANSLUTNING TILL SERVICE

Behöver ni hjälp av en annan person för att kunna stiga in i bilen? ja nej

Behöver ni hjälp med de dagliga funktionerna? (t.ex. hushållsarbeten, då ni tvättar er, vid påklädning och avklädning)?
riisuuntumisessa)? ja nej ibland

Av vem får ni hjälp med de dadliga sysslorna? _____

Behöver ni hjälp när ni uträttar ärenden utanför hemmet? ja nej ibland

Av vem får ni hjälp med att uträta ärenden? _____

Hur rör ni er inne i er bostad? _____

Hur rör ni er utanför hemmet? _____

Hur klarar ni er i trappor? _____

Hur långa sträckor kan ni gå utomhus?

med hjälp av hjälpmedlen för rörelse: På sommaren _____ meter På vintern _____ meter

utan hjälpmedlen: På sommaren _____ meter På vintern _____ meter

6. FÖRVÄRVSARBETE

(Punkten fylls i ifall man ansöker om arbetsresor i enlighet med lagen om handikappservice)

Jag är anställd hos någon annan Jag är en självständig yrkesutövare

Arbetsgivare: _____

Arbetsplatsens adress / adresser: _____

Andra eventuella arbetsplatser: _____

Antalet arbetsdagar per månad: _____ Daglig arbetstid: _____ timmar

Får du understöd för arbetsresor från annat håll: nej ja, varifrån? _____

7. STUDIER

(Punkter fylls i ifall man söker studieresor i enlighet med lagen om handikappservice)

Läroanstalt: _____

Läroanstaltens adress / adresser: _____

Byts studielokalerna under dagen så att ni behöver färdtjänst för att kunna flytta er? ja nej

Datum när studierna har börjat: _____

Datum när studierna avslutar under det pågående läsåret: _____

Antalet studiedagar per månad: _____

Beräknat datum när du blir färdig med studierna: _____

Får du understöd för studieresor från annat håll: nej ja, varifrån _____

8. ANDRA UNDERSTÖD SOM PÅVERKAR ÄRENDET OCH EVENTUELLA ORGANISATIONER SOM BEVILJAR ERSÄTTNING

Har ni beviljats bilstöd? nej ja, vilket år _____

Har ni fått bilskatteåterbäring nej ja, vilket år _____

Har ni beviljats / har ni ansökt om ersättning från försäkringsbolag (trafikförsäkring, olycksfallsförsäkring e.d.)? nej ja, namn på försäkringsbolag _____

Har ni utrett möjligheterna till ersättningar för färdtjänster som beviljats av försäkringsbolag?
 nej ja jag kan inte få ersättning av försäkringsbolag

9. TILLÄGGSUPPGIFTER

T.ex. eventuella ärenden som är väsentliga med tanke på färdtjänst, såsom minnessjukdom, svårigheter med att köra elrullstolen på lyftanodningen, specialbred rullstol, svårigheter i kommunikation eller talproduktion, nedsatt hörsel/hörskada, nedsatt syn/synskada.

Jag bekräftar att de uppgifter som jag gett är riktiga och jag godkänner att de granskas

Jag samtycker till att ge de uppgifter som behövs i behandlingen av ärendet och att det skaffas uppgifter av andra myndigheter inom social- och hälsovården och av serviceproducenter i de saksammanhang som hänför sig till utredning, organisering och genomförande av servicebehovet angående stöd för närståendevård.

Klientuppgifterna sparas in i kundregistret i Egentliga Finlands välfärdsområde.

Jag samtycker Jag samtycker inte

_____ / _____

Plats och datum:

BILAGOR

- Det ska bifogas till ansökan ett utlåtande som avgetts inom den offentliga hälsovården (högst ett år gammal), vilket innehåller en beskrivning av klientens skada och funktionsförmåga. (Fråga vid behov mera information av handikappservice i Varha)
- Andra expertutlåtanden

Blanketten returneras: Ifall den sökandens kommun är: Nystad, Letala, Vemo, Tövsala, Pyhäranta, Gustavs, Virmo, Nousis eller Masko, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue1@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är: Loimaa, Pöytis, Aura, Oripää, Lundo, S:t Mårtens, Koskis, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue2@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är: S:t Karins, Pemar eller Sagu, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue3@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är: Kimitoön eller Pargas, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue4@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är: Nädendal, Reso eller Rusko, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue5@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är: Salo eller Somero, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue6@varha.fi | Ifall den sökandens kommun är Åbo, returneras blanketten till adressen vammaispalvelut-alue7@varha.fi