

## Ansökan om färdtjänst i enlighet med socialvårdslagen

---

Med denna ansökan ansöker man om färdtjänster i enlighet med socialvårdslagen. (Socialvårdslag 1301/2014).

Service som stöder rörligheten ska ordnas för personer som har långvarig nedsatt rörelseförmåga och som inte klarar av att självständigt använda allmänna trafikmedel på grund av sjukdom, skada eller av någon annan liknande funktionsnedsättande orsak. Syftet med servicen är att stöda möjligheter till ett självständigt liv i ett eget hem. Stödet är en inkomst- och förmögenhetsbunden förmån.

(Uppgifterna som har markerats med en stjärna \* är obligatoriska.)

### 1. Sökandens uppgifter

---

Personbeteckning: \* Efternamn och alla förnamn: \*

Gatuadress: \* Postnummer och postanstalt: \*

Hemkommun: E-postadress:

Telefonnummer:

#### 1.1. Uppgifter om sökandens inkomster och förmögenhet

	Sökandens bruttoinkomster €/mån	Sambos/Makes bruttoinkomster €/mån
Löneuppgifter		
Folkpension (utan bostadsbidrag, fronttillägg och extra fronttillägg)		
Arbetspension (betalare; eventuellt flera)		
Annan pension		
Hysesinkomster		
Ränte- och dividendinkomster		
Ersättning i enlighet med lagen om skada, ådragen i militärtjänst		
Skadeprocent (%) gällande skada i militärtjänst		
Fronttecken		
Övriga inkomster		

## 2. Uppgifter som berör boende- och levnadsförhållanden

---

### 2.1. Boende

Flervåningshus, vilken våning? Finns det en tillräcklig rymlig hiss i huset? Ja Nej

Radhus Egnahemshus Annat, vilket?

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

### 2.2. Bostadens läge med tanke på service och traktiförbindelser

Avstånd till den närmaste hållplatsen för kollektivtrafiken är: meter

Avstånd till närbutiken är: meter

### 2.3. Vilka av följande trafikmedel har du i din användning?

Allmänna trafikmedel Egen bil Annan privatbil Taxi

Annat, vilket?

När har du sist använt allmänna trafikmedel?

Jag kan inte använda allmänna trafikmedel eftersom:

## 3. Hjälpbehov och motiveringar till den service som ansöks

---

Diagnoser / andra handikapp och sjukdomar:

Begränsningar i funktionsförmågan, vilka hänför sig till handikappet / sjukdomen och behoven av hjälp:

När har det nuvarande funktionshindret som hänför sig till handikappet eller sjukdomen börjat?

### 3.1. Hjälpbehov som hänför sig till servicen

Behöver du hjälp av en annan person för att stiga in i bilen? Nej Ja Ibland

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

Nej Ja Ibland

Av vem får du hjälp med de dagliga sysslorna?

Behöver du hjälp med att uträtta ärenden utanför hemmet?

Nej Ja Ibland

Av vem får du hjälp med att uträtta ärenden?

Hur rör du dig inne i bostaden?

Hur rör du dig utanför hemmet?

Hur klarar du dig i trappor?

Hur långt avstånd kan du gå ute med hjälp av rörelsehjälpmedel:	på sommaren	meter	på vintern	meter
Utan hjälpmedel:	på sommaren	meter	på vintern	meter

### 3.2. Hjälpmedel i användning

Inga hjälpmedel i användning	hemma	utanför hemmet
Rullstol, hopfällbar	hemma	utanför hemmet
Rullstol, ej hopfällbar	hemma	utanför hemmet
Rullstol, speciell bred	hemma	utanför hemmet
Elrullstol	hemma	utanför hemmet
Rollator, hopfällbar	hemma	utanför hemmet
Rollator, ej hopfällbar	hemma	utanför hemmet
Syreberikare/andningsapparat/ syrgasflaskor	hemma	utanför hemmet
Kryckor/käpp	hemma	utanför hemmet
Elmoped	hemma	utanför hemmet
Annat, vilket?	hemma	utanför hemmet

## 4. Kontaktpersonens uppgifter

### 4.1. Vårdnadshavarens eller intressebevakarens uppgifter

Efternamn och alla förnamn:

E-postadress:

Telefonnummer:

## 4.2. Uppgifter om personen som sköter annan persons ärenden

Efternamn och alla förnamn:

E-postadress:

Telefonnummer:

## 4.3. Kontaktuppgifter till en eventuell annan kontaktperson

Efternamn och alla förnamn:

E-postadress:

Telefonnummer:

## 5. Eventuella tilläggsuppgifter

---

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

## 6. Datum och underskrift

---

Datum:

Sökandens eller kontaktpersons underskrift och namnförtydligande:

Jag godkänner behandlingen av mina personuppgifter i enlighet med de uppgifter som jag har gett och jag är medveten att de sparas in i kunddatasystemet i Egentliga Finlands välfärdsområde.

Jag samtycker till att de uppgifter som behövs i behandlingen av ärendet ges och skaffas av andra myndigheter inom social- och hälsovården och av serviceproducenter i de saksammanhang som hänför sig till utredning, organisering och genomförande av behovet av färdtjänst.

## 7. Bilagor

---

Som bilagor till ansökan ska vara:

- Till ansökan ska bifogas ett utlåtande (högst ett år gammalt) som avgetts inom den offentliga hälsovården (t.ex. fysioterapeut, ergoterapeut eller läkare) och som innehåller en beskrivning av kundens handikapp och funktionsförmåga.
- Fullmakt ifall man sköter ärendet på någon annans vägnar.
- Eventuell utredning om intressebevakning.

## 8. Inlämning av blanketten

---

Blanketten lämnas in till verksamhetsstället för funktionshindersservicen på din egen boendekommun. Blanketten kan lämnas in även per post. Adressuppgifterna till funktionshindersservicen finns på Egentliga Finlands välfärdsområdes webbtjänst.