



BÄSTA LIVSPLATSEN

Region Halland

Färdtjänstavdelningen

Telefon: 010-476 19 22, vardagar 9-12

Information till dig som ansöker om färdtjänst - särskilt behov

Det särskilda behovet skall vara en förutsättning för resans genomförande och ska styrkas av utlåtande från behörig personal t.ex. sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut eller kurator.

De särskilda behoven:

- Ledsagare – Person som hjälper till med omvårdnad under bilresan
- Direktresa – Samåkning med andra resenärer men utan omväg
- Ensamåkning - Resor utan samåkning med andra resenärer

Varaktigheten på tillståndet för det särskilda behovet är tidsbegränsat. Giltighetstiden kan följa färdtjänstillståndets giltighetstid eller ha en egen begränsning. Vid giltighetstidens slut krävs en ny prövning.

Så här ansöker du

Logga in på e-tjanster.1177.se. Under rubriken "Alla övriga tjänster" hittar du våra ansökningsformulär.

Kan du inte logga in så kan du skicka din ansökan till:

Färdtjänstavdelningen, Region Halland

Box 281

311 23 Falkenberg

2021-02-19

Ansökan om särskilt behov i färdtjänsten

Region Hallands anteckningar Ankomststämpel		
Kundnr	FT tom	HB/R

Skickas till: Region Halland
Färdtjänstavdelningen
Box 281
311 23 FALKENBERG

Personuppgifter¹

Namn		Personnummer
Bostadsadress	Portkod	Hemtelefon / mobiltelefon
Postadress	E-postadress	
Ev. Tillfällig adress (t.ex. särskilt boende) och telefonnummer		Vid behov av tolk, ange vilket språk

¹ För att Region Halland ska kunna fullgöra sina åtaganden mot dig som färdtjänstkund registreras dina personuppgifter.

Kontaktperson / behjälplig vid ansökan

God man / förvaltare ²	Vårdnadshavare (för minderårig)
Annan kontaktperson	Telefon

² Kopia på förordnande som god man/förvaltare skall bifogas.

Särskilda behov

Vilket/vilka särskilda behov ansöker du om?
Beskriv orsaken till ditt/dina särskilda behov:

Medgivanden och underskrift

Jag medger att upplysningar som behövs för utredning får hämtas in från andra, till exempel läkare, vårdgivare, anhörig eller myndigheter såsom biståndshandläggare, Försäkringskassa <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Härmed intygas att ansökan är sanningsenligt ifylld Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande
Om minderårig behövs båda vårdnadshavarnas underskrifter Ort och datum	
Namnteckning	Namnförtydligande

Information till behörig personal gällande utlåtande för färdtjänst – särskilt behov

Det särskilda behovet skall vara en förutsättning för resans genomförande och ska styrkas av utlåtande från behörig personal t.ex. sjuksköterska, läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut eller kurator.

De särskilda behoven:

- **Ledsagare:**
Beskriv vilket hjälpbehov den sökande har i bilen under själva bilfärden.
- **Direktresa:**
Beskriv varför den sökande inte klarar av att åka omvägar för att hämta och släppa av andra resenärer.
- **Ensamåkning:**
Beskriv varför den sökande inte kan åka tillsammans med någon annan resenär.

Ansökan och utredning

När ansökan inkommer görs en utredning av färdtjänsthandläggare. Utredningen är en sekretesskyddad myndighetsutövning. Personuppgifter behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR).

Ytterligare information

För upplysningar om färdtjänst, ring Region Halland, Färdtjänstavdelningen, 010-476 19 22 vardagar kl. 9-12.

Utlåtandet skickas till den sökande eller direkt till
Färdtjänstavdelningen, Region Halland
Box 281,
311 23 Falkenberg.

Utlåtande avseende särskilt behov i färdtjänst

för behörig personal

Region Hallands anteckningar Ankomststämpel		
Kundnr	FT tom	HB/R

Skickas till: Region Halland
 Färdtjänstavdelningen
 Box 281
 311 23 FALKENBERG

Sökande

Namn		Personnr
Bostadsadress	Portkod	Postadress
Hemtelefon	Mobiltelefon	E-postadress

Utlåtandet är utfärdat av

Namn	Telefonnr
Tjänsteställe/adress	Telefontid
Postadress	

Särskilda behov

Beskriv **orsaken** till det särskilda behovet.

Uppgifterna ovan är baserade på

<input type="checkbox"/> Undersökning (ååmmdd):	<input type="checkbox"/> Uppgifter från den sökande utan undersökning
<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan (åååå):	<input type="checkbox"/> Journalanteckning
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhöriga eller god man	Annat:

Underskrift

Ort och datum	Tjänsteställets stämpel
Namn-teckning	
Namn-förtydligande	