

## Information om färdtjänst

### Det här är färdtjänst

Färdtjänsten är en del av kollektivtrafiken och ett komplement till linjetrafiken. Färdtjänst finns till för dig som har stora svårigheter att förflytta dig eller använda allmän kollektivtrafik på egen hand. Färdtjänstillstånd kan beviljas till dig som är folkbokförd i Falkenberg, Varberg, Halmstad, Hylte eller Laholms kommuner, och har en funktionsnedsättning som inte är tillfällig.

### Vilka resor får göras med färdtjänst?

Resor med färdtjänst kan göras inom din kommun samt dess angränsande kommuner. Du kan även resa till och från en kommun som gränsar till din hemkommun även om den ligger utanför Halland. Färdtjänst kan användas för fritidsresor, exempelvis för att hälsa på bekanta eller göra ärenden. Observera att resor till sjukvård inte kan ske med färdtjänst.

Sjukresor, till exempel till vårdcentral och tandläkare, bokas hos Resam på telefon 0771-91 00 90.

### Så här ansöker du

Ansökan sker skriftligt på bifogad blankett. Som grund för tillståndet görs en utredning. Utlåtande från läkare kan komma att behövas. Bifoga gärna utlåtanden som kan vara viktiga för utredningen. Handläggningstiden är cirka fyra veckor.

Ansökan skickas till:  
Region Halland, Färdtjänstavdelningen  
Box 281  
311 23 Falkenberg

### Har du fler frågor? Vi hjälper dig!

Kontakta Region Halland, Färdtjänstavdelningen:  
Telefon: 010 – 476 19 22, vardagar 09.00 – 12.00  
Besöksadress: Urmakaregatan 2, ingång B, Falkenberg

Mer information hittar du också på [www.regionhalland.se/fardtjanst](http://www.regionhalland.se/fardtjanst)



# Ansökan om färdtjänst

Ankomststämpel		
Kundnr	FT tom	HB/R

## Personuppgifter<sup>1</sup>

Namn		Personnummer
Bostadsadress	Postkod	Hemtelefon / Mobiltelefon
Postadress	E-postadress	
Ev. Tillfällig adress (t.ex. äldreboende) och telefonnummer		Vid behov av tolk, ange vilket språk

<sup>1</sup> För att Region Halland ska kunna fullgöra sina åtaganden mot färdtjänstkunderna kommer personuppgiftsregister att uppföras.

## Kontaktperson om annan än den sökande

God man/förvaltare <sup>2</sup> eller vårdnadshavare (för minderårig)	Annan kontaktperson <sup>3</sup>
Bostadsadress	Telefon dagtid/mobiltelefon
Postadress	Önskas kontakt av handläggare? Om nej, kontaktas enbart sökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

<sup>2</sup> Kopia på förordnande som god man/förvaltare ska bifogas om den sökandes post ska gå till denne.

<sup>3</sup> Ange namn samt förhållande till den sökande till exempel personal, make/maka, son/dotter, granne.

## Funktionsnedsättning

Beskriv din funktionsnedsättning (fysiska/psykiska):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Funktionsnedsättningens varaktighet:

Mindre än 3 månader     3 – 6 månader     Längre än 6 månader     Tills vidare

## Resa med allmän kollektivtrafik

Beskriv i vilken utsträckning du kan åka med allmän kollektivtrafik:

Hur många gånger i veckan reser du?	Vart åker du?	Med vilka färdmedel? (buss, närtrafik, tåg)	Antal meter till närmsta busshållplats:

Om du inte åker, vad krävs för att du skulle kunna åka med allmän kollektivtrafik:

.....

.....

.....

#### Närmiljö<sup>4</sup>

Beskriv ditt boendeförhållande (antal trappor, hiss, 1 eller 1½ plans hus, lägenhet osv):

Klarar du av att gå i trappor?  Ja  Delvis  Nej

Om Delvis eller Nej, varför inte?

Ungefär hur långt kan du gå?

Antal kilometer: ..... Antal meter: .....

Vilket/vilka hjälpmedel använder du vid förflyttning?

Rullstol  Elrullstol  El-skoter  Rollator  Ledarhund  Käpp

Inget  Annat:

Har du tillgång till eget fordon som du själv kör?  Ja  Nej

Har du eller familjen beviljats bilstöd genom försäkringskassan?  Ja  Nej

#### Hjälpbehov vid resa<sup>4</sup>

Behöver du hjälp till och från bilen?  Nej  Ja

Behöver du hjälp under färden?  Nej  Ja

Om Ja, vilken form av hjälp:

<sup>4</sup>Uppgifter om färdtjänsttillståndets varaktighet, rätt till ledsagare, placering i bil, eventuella hjälpmedel samt samåkning kan lämnas över till Resam för eventuell resa med dem.

#### Övriga upplysningar

#### 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  Ja  Nej

Jag intygar härmed att ansökan är sanningsenligt ifylld:

Ort och datum

Namnsteckning

