



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 med utlåtande från behörig sjukvårdspersonal. Se bilaga.

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 "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

Färdtjänstavdelningen kan komma att kontakta dig eller din kontaktperson via telefon, kontakt sker då antingen via telefonnummer 010-184 80 04 eller dolt/hemligt nummer.

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	



BÄSTA LIVSPLATSEN

Region Hallan

Färdtjänstavdelningen

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

Utlåtande

– ifylls av behörig sjukvårdspersonal

Region Hallands anteckningar Ankomststämpel	
Kundnr	FT tom

Skickas till: Region Halland
Färdtjänstavdelningen
Box 281
311 23 FALKENBERG

Personen utlåtandet avser

Namn	Personnummer
Bostadsadress	Telefon dagtid
Postadress	

Diagnoser på svenska

Huvuddiagnos	Debuterade år och månad
Ev. övrig diagnos	
Ev. övrig diagnos	
Beskriv genomförd, pågående eller planerad behandling	
.....	
.....	

Beskrivning av funktionsnedsättningen

Beskriv funktionsnedsättningen

.....

.....

.....

.....

Hur länge bedöms personens funktionsnedsättning bestå?

Mindre än 3 månader Längre än 3 månader Tills vidare Annan

Förflyttningssvårigheter

Hur och i vilken grad/omfattning påverkar funktionsnedsättningen personens förmåga att förflytta sig?

.....

.....

I vilken omfattning finns behov av förflyttningshjälpmedel och i så fall vilket/vilka?

Hur långt bedöms personen kunna förflytta sig på egen hand med förflyttningshjälpmedel?

Antal meter.....

.....

Resa med allmän kollektivtrafik

Hur klarar personen, trots sin funktionsnedsättning, att resa med allmän kollektivtrafik? Observera att frågan inte avser förmågan att ta sig till och från hållplats/station eller hur lång sträcka personen behöver förflytta sig för att komma dit.

- På egen hand Med viss hjälp av förare Med ledsagare Kan inte resa alls

Motivera ditt svar:

Särskilda behov i färdtjänsten

Finns behov av att resa på särskilt anpassat sätt till följd av personens funktionsnedsättning? Exempelvis särskilt hjälpbehov under bilfärden och möjlighet att klara samåkning. I så fall vilket och varför?

Övriga upplysningar

Uppgifterna ovan är baserade på

- Undersökning (ååmmdd): Journalanteckning
 Personlig kännedom sedan (ååmmdd): Annat
 Uppgifter från anhöriga eller god man Annat.....

Underskrift

Ort och datum	Tjänsteställets stämpel
Namnteckning	
Namnförtydligande	
Titel	
Tjänsteställe	
Telefonnummer	Telefontid