



Ansökan skickas till Kinda kommun,
Trafiksamordnare. Box 1 590 40 Kisa.

Personuppgifter

Sökandes, namn	Telefonnummer	Personnummer
Adress	Postnummer	Ort
E-postadress	Mobilnummer	

Ansökan avser

Nyansökan	Omprovning
-----------	------------

Resor

Hur reser du idag?
Beskriv dina eventuella svårighet att resa med allmänna kollektivtrafiken

Gångförmåga. Fyll idet alternativ som du har möjlighet till.

Antal meter med hjälpmedel	Antal meter utan hjälpmedel
Beskriv dina gångsvårigheter och om gångtest utförts.	

Uppgifter om hjälpmedel Kryssa/skriv i passande alternativ

Rollator EJ fällbar	Rollator fällbar	Rullstol EJ fällbar	Rullstol fällbar	Annat
---------------------	------------------	---------------------	------------------	-------

Beskriv i hur ofta samt i vilka situationer har du behov av ditt/dina hjälpmedel?

Se nästa sida!

Har du behov av ledsagare vid resa dvs, hjälp i fordonet under resans gång. Beskriv i så fall hur

--

Funktionsnedsättning. Beskriv hur din funktionsnedsättning påverkar din förmåga att på egen hand förflytta dig. Ex olika sjukdomstillstånd, medicinering mm.

--

Bifogas utlåtande, om ja, skriv nedan. (Läkarutlåtande är ej ett krav, handläggare efterfrågar vid behov).

--

- Personuppgifter behandlas enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Informationen lagras och behandlas av Samhällsbyggnadsnämnden. Genom att lämna in uppgifter medger du att informationen tills vidare hanteras i register av kommunen.

Jag lämnar även mitt medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter av betydelse för färdtjänstutredningen inhämtas från i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården samt tjänsteman inom LSS.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransporter kommer att behandlas enligt gällande Dataskyddsförordning hos kommun, beställningscentral och hos transportföretag. Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Underskrift sökande

Ort och datum	
Namnsteckning	Namnförtydligande

Person som varit behjälplig att fylla i ansökan

Anhörig/Bekant/Annan

Namn	Namnförtydligande
Relation	Telefonnummer

