



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST ENLIGT LAGEN OM SERVICE OCH STÖD PÅ GRUND AV HANDIKAPP		
1. Den sökandes personuppgifter	Efternamn	Personbeteckning
	Alla förnamn (stryk under tilltalsnamnet)	Telefon
	Nuvarande adress	E-postadress
	Postanstalt	Postnummer
	Hemkommun	Modersmål
	IBAN-kontonummer	
2. Den sökandes närmaste anhörig eller intressebevakare	Närmaste anhörig	Kontaktuppgifter
	Intressebevakare	Kontaktuppgifter
3. Färdtjänst som ansöks	<input type="checkbox"/> Resor för uträttande av ärenden och fritidsresor <input type="checkbox"/> Arbetsresor (fyll i punkt 8) <input type="checkbox"/> Studieresor (fyll i punkt 9) <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Invalidtaxi Jag behöver en ledsagare när jag rör mig utanför hemmet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hur många enkelresor ansöker Ni om per månad? (tur och retur är två enkelresor) Resor för uträttande av ärenden och fritidsresor _____ Arbetsresor _____ Studieresor _____
	4. Motivering till behovet av färdtjänst	Redogör för hurdana svårigheter Ni har när Ni rör i utanför hemmet?



5. Uppgifter som gäller skada/sjukdom	Vilka skador/sjukdomar försvårar Er rörelseförmåga?
	När har skadan/sjukdomen som begränsar rörelseförmågan konstaterats? _____
	Vilken typ av skada har Ni? <input type="checkbox"/> Patientskada <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Krigsskada Invaliditetsgrad % <input type="checkbox"/> Annan, vilken? _____
	Får Ni ersättning för den sökta servicen/det sökta stödet från annat håll? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, varifrån? _____
6. Uppgifter som gäller levnadsförhållanden, rörelseförmåga och boende	Bor Ni ensam? <input type="checkbox"/> Nej, jag bor med _____ <input type="checkbox"/> Ja
	Bor Ni på serviceboende/eller får ni anstaltsvård? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, var? _____
	Får Ni hjälp så att Ni klarar av att bo hemma? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, av vem?
	Har det gjorts upp en vård-, rehabiliterings- eller serviceplan för Er? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken instans har gjort upp planen? _____
	Använder Ni hjälpmedel då Ni rör på Er? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket? _____



	<p>Kan Ni trots Er skada/sjukdom bruka allmän kollektivtrafik?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej, inte alls <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Buss, när? _____ <input type="checkbox"/> Taxibuss, när? _____ <input type="checkbox"/> Övrig allmän trafik, när (t.ex. anrops-, by- och samtaxi)? _____</p> <p>Hur långt är det till närmaste busshållplats från Ert hem? ___ km Vilket fordon har Ni använt hittills? _____ _____</p> <p>Finns det någon faktor i anslutning till skadan/sjukdomen som gör att Ni inte kan resa tillsammans med en annan person?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken? _____</p>		
	<p>Har Ni med stöd av lagen om service och stöd på grund av handikapp fått ersättning för anskaffning av bil eller hjälpmedel eller annat ekonomiskt stöd från samhällets sida? (återbäring på bilskatt)?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilket? _____</p>		
<p>7. Förvärvsarbete</p> <p>(fylls av den som ansöker om arbetsresor)</p>	<p>Förvärvsarbete</p> <p><input type="checkbox"/> I annans tjänst <input type="checkbox"/> Självständig yrkesutövare</p>		
	<p>Arbetsgivare</p>		
	<p>Arbetsplatsens adress</p>		
<p>8. Studier</p> <p>(fylls av den som ansöker om studieresor)</p>	<p>Läroanstaltens namn</p>		
	<p>Läroanstaltens adress</p>		
	<table border="1"><tr><td>Studiernas begynnelse datum</td><td>Studiernas begynnelse datum</td></tr></table>	Studiernas begynnelse datum	Studiernas begynnelse datum
Studiernas begynnelse datum	Studiernas begynnelse datum		
	<p>Ifall Ni studerar på flera olika ställen under dagen och behöver färdtjänst för att kunna förflytta Er, berätta närmare om det:</p>		



9. Samtycke	<p>Den tjänsteinnehavare som handlägger min ansökan kan av andra myndigheter begära sådana uppgifter som är nödvändiga för handläggningen av min ansökan.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p> <p>Vem kan tjänsteinnehavaren vid behov kontakta för tilläggsuppgifter (t.ex. närmaste anhörig)? Namn och kontaktuppgifter: _____ (Hänvisning: 16 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 812/2000)</p>		
10. Bilagor	<p>Den sökande ska till ansökan bifoga ett <u>läkarutlåtande</u> (högst 6 mån. gammalt) av vilken framgår de långvariga skador/sjukdomar som begränsar funktionsförmågan. Vid ansökan om arbets- eller studieresor bör till ansökan bifogas ett intyg om arbetsförhållandet eller studier. Den sökande kan som bilaga till ansökan också bifoga övriga sakkunnigutlåtanden eller handlingar (t.ex. vård-, rehabiliterings- eller serviceplan).</p>		
11. Underskrift	<table border="1"><tr><td>Ort och datum</td><td>Underskrift och namnförtydligande</td></tr></table>	Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande
Ort och datum	Underskrift och namnförtydligande		
12. Person som bistått vid ifyllandet av ansökan	<p>Namn och telefonnummer, tjänsteställning eller släktskapsförhållande</p> <p>_____</p>		
13. Registrering av klientuppgifterna	<p>Era klientuppgifter registreras i klientinformationssystemet på arbetsenheten och uppgifterna ska enligt lag hållas hemliga. Klienten har rätt att få veta vilka uppgifter som har registreras om honom/henne i personregistret. Klienten ska för ändamålet lämna in en skriftlig ansökan till den registeransvarige (26 § och 28 § i Personuppgiftslagen).</p>		
14. Returneringsadress	<p>KARLEBY STAD Social- och hälsovårdsväsendet/Handikappservicebyrån PB 43, 67101 Karleby</p>		
<p>Klientens och företrädarens skyldighet att lämna uppgifter (12 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården). Klienten och dennes lagliga företrädare ska till ett organ som avses i 6 § socialvårdslagen lämna de uppgifter som detta behöver vid ordnandet och lämnandet av socialvård. Klienten ska upplysas om vilka andra uppgiftskällor som kan användas för att inhämta upplysningar om honom eller henne och vilka upplysningar om honom eller henne som kan inhämtas oberoende av samtycke. Klienten ska beredas tillfälle att ta del av uppgifter som inhämtats från andra källor liksom också tillfälle att lämna en behövlig utredning i saken.</p> <p>Skyldighet att lämna sekretessbelagda uppgifter till socialvårdsmyndigheten (20 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården). Statliga och kommunala myndigheter samt andra offentlighetsrättsliga samfund, Folkpensionsanstalten, pensionsskyddscentralen, pensionsstiftelser och andra pensionsanstalter, försäkringsanstalter, utbildningsanordnare, producenter av socialservice, sammanslutningar och verksamhetsenheter som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att på begäran av en socialvårdsmyndighet avgiftsfritt och utan hinder av sekretessbestämmelserna lämna till denna sådana uppgifter och utredningar som de förfogar över och som i väsentlig grad inverkar på en klientrelation inom socialvården och som är nödvändiga för myndigheten på grund av dess lagstadgade uppgifter att utreda klientens behov av socialvård, för att ordna socialvård och genomföra därtill anknutna åtgärder samt för att kontrollera uppgifter som lämnats till myndigheten.</p>			
<p>Er ansökan behandlas i en mångprofessionell arbetsgrupp med olika tjänsteinnehavare inom handikappservicen.</p>			