



## Ansökan om färdtjänst

**Färdtjänst ska tillgodose behov av resor för dem som på grund av funktionshinder, som inte endast är tillfälligt, har väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationsmedel.**

Ansökan om färdtjänst                       Ansökan om arbetsresor

- Sökanden ska vara folkbokförd i Strängnäs kommun
- Funktionshindret ska ha en beräknad varaktighet om minst tre månader
- Brist på eller dåliga kommunikationer är inget skäl som berättigar till färdtjänst
- Färdtjänst beviljas inte för resor till och från sjukvård, tandvård eller remitterande behandling. Dessa hänvisas till vårdgivare eller Landstinget Sörmland Sjukreseenheten tel. 0155-24 73 57

Handläggningstid beräknas till minst tre veckor.

**Blanketten skickas till:**

Strängnäs kommun Socialkontoret  
Myndighet  
Nygatan 10  
645 80 Strängnäs

**E-postadress:**

fardtjanst@strangnas.se

**Sökande \***

För- och efternamn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer	Mobilnummer	E-postadress	
Behov av tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej            Om ja, vilket språk: _____			

**Eventuell medhjälpare, god man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare**

Kopia för förordnande gällande god man eller förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas ansökan.

För- och efternamn		E-postadress	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer	Mobilnummer	Beslut även till medhjälpare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Medhjälparens relation till den sökande: _____			

**Jag ger samtycke till att färdtjänsthandläggare får inhämta uppgifter om mig från andra delar av Socialkontoret i Strängnäs kommun.**

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------



### Funktionsnedsättning/Hälsotillstånd

<input type="checkbox"/> Balans- och gångsvårigheter	<input type="checkbox"/> Orienteringssvårigheter
<input type="checkbox"/> Nedsatt syn	<input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel
<input type="checkbox"/> Nedsatt tal	<input type="checkbox"/> Rullstolsburen
<input type="checkbox"/> Annan funktionsnedsättning/diagnos/svårighet: _____ _____	

### Svårigheter att resa med allmänna kommunikationer

Beskriv hur din funktionsnedsättning/ditt hälsotillstånd försvårar för dig att resa med allmänna kommunikationer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor
<input type="checkbox"/> Rollator Fällbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vit käpp <input type="checkbox"/> Ledarhund
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol Ange mått i cm och vikt i kg. Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____ Vikt: _____ Fällbar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Eldriven rullstol/trehjulig elrullstol Ange mått i cm och vikt i kg. Höjd: _____ Bredd: _____ Djup: _____
<input type="checkbox"/> Annat, vilket: _____	

### Gångsträcka

Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max \_\_\_\_\_ meter utan vilopaus.  
Det tar \_\_\_\_\_ minuter.

Avstånd till närmaste hållplats \_\_\_\_\_ meter.

Kommentar: \_\_\_\_\_

Jag kan gå i trappa.  
 Jag kan gå i trappa med hjälp.  
 Jag kan inte gå i trappa.



### Hjälpbehov

<input type="checkbox"/> Jag kan ta mig till och från bilen.
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp med att ta mig till och från bilen. Ange hjälpbehov: _____
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp när jag kommer fram till resmålet (för att handla m.m) och behöver ta med mig en medresenär.
<input type="checkbox"/> Jag behöver hjälp <u>under själva bilfärden</u> mer än jag kan få av föraren och ansöker om ledsagare. (Behovet av ledsagare ska vara knutet till själva resan och inte till vistelsen vid resmålet). Ange hjälpbehov: _____

### Färdsätt

<input type="checkbox"/> Jag kan resa i personbil.	<input type="checkbox"/> Jag behöver liggande transport.
<input type="checkbox"/> Jag kan inte kliva ur min rullstol utan måste sitta i den under hela resan.	

### Övrigt

_____
_____
_____

### Underskrift

_____	_____
Ort och datum	Signatur
	_____
	Namnförtydligande

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning har väsentliga svårigheter att förflytta mig på egen hand eller att använda den allmänna kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar som gör att jag inte längre är i behov av färdtjänst kommer jag omgående att meddela färdtjänsthandläggare.



## Information om vår behandling av dina personuppgifter

Vi behöver spara och behandla personuppgifter om dig såsom till exempel för- och efternamn, personnummer, adress, telefonnummer, mobilnummer, e-postadress och uppgifter om din funktionsnedsättning.

Syftet med en sådan behandling är för att kunna hantera din ansökan.

Vi har fått uppgifter från dig eller din företrädare. Vi tillämpar vid var tid gällande integritetslagstiftning vid all behandling av personuppgifter. Behandlingen av dina personuppgifter är nödvändig som ett led i vår myndighetsutövning enligt artikel 6.1 e allmänna dataskyddsförordningen och enligt 5 § dataskyddslagen.

Dina uppgifter kommer att sparas så länge vi behöver dem för att handlägga ditt ärende. Dina uppgifter kan komma att bevaras längre utifrån tryckfrihetsförordningen, offentlighet- och sekretesslagen och arkivlagen.

De personuppgifter vi behandlar om dig delas i förekommande fall med din fastighetsägare om sådan finns. Vi kan även komma att dela dina personuppgifter med en tredje part förutsatt att vi är skyldiga att göra så enligt lag. Däremot kommer vi aldrig att överföra dina uppgifter till ett land utanför EU.

Personuppgiftsansvarig är Socialnämnden i Strängnäs kommun. Du har rätt att kontakta oss om du vill ha ut information om de uppgifter vi har om dig, för att begära rättelse, överföring eller för att begära att vi begränsar behandlingen eller raderar dina uppgifter. Detta gör du enklast genom att kontakta oss på [socialnamnden@strangnas.se](mailto:socialnamnden@strangnas.se).

Ni når dataskyddsombudet på [dataskyddsombud@strangnas.se](mailto:dataskyddsombud@strangnas.se). Om du har klagomål på vår behandling av dina personuppgifter har du rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen.