



BLANKETT FÖR ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Namn _____	
Adress _____	
Pers.sign _____	
Den sökandes sociala situation	
Samboende med make/maka <input type="checkbox"/>	Ensamboende <input type="checkbox"/>
Anhörigas boende	
i närheten <input type="checkbox"/>	Långt till vänner och bekanta <input type="checkbox"/>
Hjälpmedel den sökande använder i förflyttnings situationer utomhus	
Inga hjälpmedel <input type="checkbox"/>	Käpp <input type="checkbox"/>
Kryckor <input type="checkbox"/>	Rullator <input type="checkbox"/>
Rullstol <input type="checkbox"/>	Annat <input type="checkbox"/>
vad ? _____	
Syn	
Normal <input type="checkbox"/>	Nedsatt <input type="checkbox"/>
Hörsel	
Normal <input type="checkbox"/>	Nedsatt <input type="checkbox"/>
Rörelseförmågan förväntas vara nedsatt	
Tillsvidare <input type="checkbox"/>	Under tiden <input type="checkbox"/>

Avstånd till närmaste busshållplats

_____ m

Orsak att sökande inte kan anlita allmänna färdmedel

Hushållet har egen bil

Ja

Nej

Datum

Sökandens underskrift
