

Jag behöver åka specialfordon Ja Nej

Jag behöver bäras i trappor Ja Nej

Jag behöver färdtjänst endast vintertid Ja Nej

Jag kan samåka med andra Ja Nej

Om nej, varför kan du inte samåka?

Vilka hjälpmedel använder du?

- Rollator Rullstol, fällbar Rullstol, ej fällbar
 Stödkäpp eller krycka Permobil
 Annat, ange vad

Samtycke

Jag medger att upplysningar som behövs för utredning får inhämtas från andra till exempel läkare, anhörig eller myndighet såsom biståndshandläggare. Ja Nej

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och förbinder mig att till färdtjänsten meddela förändringar som kan påverka mitt behov av färdtjänst.

Eventuellt god man/förvaltare eller vårdnadshavare (för minderårig)		Telefon (även riktnummer)
Adress	Postadress	
Eventuell kontaktperson eller behjälplig med ansökan, namn		Telefon (även riktnummer)

Namnteckning

Ort och datum	
Sökande, namnteckning	Namnförtydligande

**Ansökan insändes till:
Socialförvaltningen, Färdtjänst, Box 87, 732 22 Arboga**

Personuppgifterna i denna blankett registreras och sparas i socialförvaltningens dataregister enligt dataskyddsförordningen.

För ytterligare information se Arboga kommuns hemsida