



ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

Handikappservice

A. GRUNDUPPGIFTER

Släktnamn och förnamn		Personbeteckning
Adress		Postnummer och postort
Tel. hem	Tel. gsm	Yrke
Arbetsplats		Tel. arbete
Jag är mantalsskriven i följande kommun		E-post
Boende Jag bor Ensam Med make/maka/sambo Hos föräldrar Annat:		Jag har familjemedlemmar/ anhöriga inom räckhåll. Vem? _____ Var? _____

B. FUNKTIONSHINDER/ SJUKDOM OCH FUNKTIONSFÖRMÅGA

Vilka funktionshinder eller sjukdomar har du?
Vilka svårigheter medför det för dig?

Sedan när har du haft ovanstående funktionshinder/sjukdom? (Specificera varje sjukdom skilt)		
Sedan när har svårigheterna varit lika omfattande som de är idag?		
Finns det möjligheter till förbättring?		
Är behovet av färdtjänst varaktigt?		
Ja	Nej, endast för tiden: _____	
Hur är din syn?		
Hur är din hörsel?		
Hur rör du dig inomhus?		
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats <u>utan</u> hjälpmedel	Ja	Nej
Jag kan självständigt ta mig till närmaste busshållplats <u>med</u> hjälpmedel	Ja	Nej
Jag klarar på- och avstigning på buss självständigt	Ja	Nej
Jag kan självständigt färdas med buss (läsa tidtabell, betala, ta en sittplats)	Ja	Nej
Jag kan orientera mig i närmiljön	Ja	Nej
Hushållet disponerar bil	Ja	Nej
Jag kör bil själv	Ja	Nej
Vem kör bilen om du inte du själv?		
Jag kan använda cykel	Ja	Nej
Jag kan bära/lyfta väskor/varor	Ja	Nej
Jag kan använda väska på hjul för att transportera varor	Ja	Nej

C. DAGSLÄGE

Hur uträttar du ärenden idag? (t.ex. bank-, butik-,apoteksärenden)

Jag promenerar dit jag ska

Jag cyklar dit jag ska

Jag kör bil dit jag ska

Jag får skjuts av anhörig/bekant dit jag ska

Jag åker taxi dit jag ska

Jag behöver stöd av en annan person i uträttande av ärenden (t.ex. bankärenden eller handla mat)

Varför? _____

På vilken gata närmast ditt hem ligger en busshållplats?

Hur många meter är det dit?

Hur långt klarar du att gå utomhus utan hjälpmedel?

Mindre än 50 meter

50 meter

100 meter

Mer än 100 meter

500 meter

Mer än 500 meter

Hur långt klarar du av att gå inomhus utan hjälpmedel?

Mindre än 50 meter

50 meter

100 meter

Mer än 100 meter

Hur långt klarar du att gå utomhus med hjälpmedel?

Mindre än 50 meter

50 meter

100 meter

Mer än 100 meter

500 meter

Mer än 500 meter

Hur långt klarar du att gå inomhus med hjälpmedel?

Mindre än 50 meter

50 meter

100 meter

Mer än 100 meter

Har du speciellt nedsatt rörelseförmåga vissa årstider?

Ja Nej

Om ja, beskriv på vilket sätt:

Vilka hjälpmedel använder du?

Käpp

Kryckor

Rollator

Ståbord

Sparkcykel

Rullstol

Elrullstol

Syreanrikare

Jag är sängpatient

Annat: _____

Har du någon av följande vårdformer?

Trygghetstelefon

Hemsjukvård

Närståendevård

Personlig assistans

Hemtjänst

Gruppboendeservice

Avlastningsvård/Korttidsvård

Annat: _____

Dagvård

D. FYSISKA BOENDEMILJÖN

Kring mitt boende finns:

Backe

Höga trottoarkanter

Mycket trafik

Har ditt boende hiss?

Ja

Nej

Hur många trappsteg är det för att komma ut? _____

Hur klarar du dig i trappor? _____

E. BEHOV AV FÄRDTJÄNST

Behov av färdtjänst (Kan vara flere alternativ)

Sköta vardagliga ärenden (butik, bank, apotek m.m.)

Fritidsaktiviteter

Hälsa på anhöriga/bekanta/vänner

Arbete/studier

Annat, vad? _____

OBS! Färdtjänstresor får inte användas för sjukvårdsresor vilka ersätts av sjukvårdslagen(FPA)

Hur många enkelresor behöver du per månad? _____

Hurdant färdtjänstfordon behöver du?

Taxi

Taxi med rullstolslift

Annat

Behöver du hjälp till och från taxin? Ja Nej

Om Ja, på vilket sätt? _____

F. LÄKARE

Den behandlande läkaren som vid behov skall kontaktas av socialarbetare på socialförvaltningen för kompletterande läkarutlåtande för ansökan:

Namn:

Tel.nr:

Arbetsplats:

G. KONTAKTPERSONER

Denna ansökan har fyllts i med hjälp av följande person:

Namn:

Relation/befattning:

Jag har intressebevakare:

Obs! Bifoga beslut om intressebevakning och intressebevakarens uppdrag!

Namn:

Adress:

Tel.nr

E-post

Jag har följande kontaktperson i ärendet (om inte du själv):

Namn:

Adress:

Tel.nr

E-post

H. SAMTYCKE (Kryssa i!)

Kryssa i ett av följande alternativ:

Ja, Jag samtycker till att socialarbetare på Avdelningen för socialservice vid behov kontaktar andra aktörer inom social-, sjuk- och hälsovård (t.ex. ÅHS, Ålands omsorgsförbund), övriga enheter inom socialförvaltningen (t.ex. hemtjänst) och anhöriga, för samarbete, tilläggsuppgifter samt läkarintyg.

Nej, jag samtycker inte till ovanstående

I. BILAGOR

Bifogas med ansökan:

Komplettering till ansökan inlämnas senare:

Ja

Nej

Om ja, vad? _____

Jag intygar härmed att uppgifterna i ansökan är riktiga

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Mariehamns Stad
Avdelningen för socialservice
PB 207
22101 Mariehamn

KONTAKT:

Socialarbetare, tel. 531 738, 531 718, telefontid: vardagar kl.09.00-10.00
Växel: 5310