

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

enligt Socialvårdsförordningen § 9



A. GRUNDUPPGIFTER

Förnamn och släktnamn		Personsignum
Adress		Postnummer
Tel. hem/gsm		
Kontaktuppgifter till anhöriga		Telefon
Intressebevakare		
Adress		Telefon

B. FUNKTIONSFÖRMÅGA

Beskriv på vilket sätt funktions nedsättningen/sjukdomen orsakar behov av färdtjänst		
Använder du hjälpmedel?	Ja, jag använder:	Nej
Hur många meter kan du uppskattningsvis gå?		m
Hur långt ifrån din bostad finns närmaste busshållplats?		
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 självständigt färdas med buss (läsa tidtabell, betala, ta en sittplats)	Ja	Nej
Jag kan bära/lyfta väskor/varor	Ja	Nej

Jag kan använda rullväska/väska på hjul	Ja	Nej
Har du speciell nedsatt rörelseförmåga vissa årstider	Ja	Nej
Om ja, beskriv på vilket sätt:		

C. UPPGIFTER OM DAGSLÄGET

Hur utträttar du ärenden idag? (t.ex. bank-, butik-, apoteksärenden)		
Jag promenerar dit jag ska		
Jag cyklar 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 utträttande av ärenden (t.ex. bankärenden eller handla mat) Varför? _____		
Finns bil i användning i hushållet?	Ja	Nej

D. 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?	
Jag behöver färdtjänst	ggr/månad.

E. INKOMSTUPPGIFTER

Hushållets inkomster bruttobelopp

Inkomst t.ex pension: _____

Makes/makas Inkomst: _____

Bifoga intyg över bruttointkomsterna!

_____ st inkomstintyg

Inkomstgränsen är 1500 € för en person och 2700 € för par.
Färdtjänst beviljas i mån av budgeterade medel.

Jag har tagit del av innehållet i ansökan om färdtjänst och ger mitt samtycke till att äldreomsorgen vid behov, samarbetar med sjuk- och hälsovården, övriga enheter inom socialförvaltningen och anhöriga för att kunna ge mig så bra omsorg som möjligt.

Ja Nej

Jag intygar att de uppgifter jag lämnat är riktiga.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande

ANSÖKAN SKICKAS TILL:

Mariehamns Stad
Äldreomsorgen
PB 207
22101 Mariehamn
Trobergshemmet
Norra Esplanadgatan 6
22100 Mariehamn

BESÖKSADRESS:

KONTAKT:

Telefon växel: 5310

MAIL: förnamn.efternamn@mariehamn.ax