



JOMALA KOMMUN

SOCIALNÄMNDEN

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST
enligt socialvårdslagen

Datum då ansökan anlänt

1	<input type="checkbox"/> Sökandes sociala situation. Bor enskilt. Har ej anhöriga inom "räckhåll". Långt till vänner och bekanta			
	<input type="checkbox"/> Sjukdom: _____			
	Syn: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> kraftigt nedsatt			
	Hörsel: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> kraftigt nedsatt			
2	Släktnamn och förnamn			
ANSÖKA- RENS PERSON- UPPGIFTER	Personbeteckning	Yrke		
	Adress	Postnummer		
	Telefon hem	Telefon till tjänsten		
3	Handikapp och/eller sjukdom			
UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET, SJKDO- MEN OCH LEVNADS- FÖRHÅL- LANDENA	Använder Ni hjälpmedel?	Nej	Ja	
	Har viss svårighet att röra sig obehindrat utan att vara gravt handikappad			
	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Kryckor <input type="checkbox"/> Käpp			
	Annat, vilket?			
	Rörelseförmågan är tillfälligt nedsatt under tiden			
	Hushållet har egen bil	Nej	Ja	
	Sökandes nettoinkomster/månad			
	<input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____			
	Make/make, nettoinkomst/månad			
	<input type="checkbox"/> Pension _____ <input type="checkbox"/> Ränta _____ <input type="checkbox"/> Dividend _____			
Övriga tillgångar:				
Boendekostnader				
Övriga uppgifter, t.ex medicinkostnader				
4	Hur rör Ni er inne i Er bostad?			
UPPGIFTER OM HANDI- KAPPET, SJKDO- MEN OCH	Finns det hiss i huset?	Nej	Ja	

LEVNADS- FÖRHÅL- LANDENA	Hur klarar Ni Er i trapporna?					
	Hur rör Ni Er utomhus?					
	Bostadens läge med tanke på service och trafikförbindelser? (T.ex. avståndet till närmaste hållplats, terrängen och boendemiljön, servicens läge)					
	Trafikmedel som Ni använder vid utträttandet av ärenden och fritidsresor?					
	Offentliga trafikmedel		Taxi	Invataxi	Egen bil	
	Använder Ni taxi till följande resor?					
	Till hälsocentralen		Till sjukhus	Till rehabilitering (fysioterapi o. dyl.)		
	Andra resor, vilka					
	Hur många resor behöver Ni enligt egen uppfattning?			Antalet resor		
	Kan Ni använda låggolvsbussar/ servicelinjer?			Nej	Ja	Ibland
Kan Ni använda trafikmedel med hjälp av ledsagare?			Nej		Ja	
Har Er familj bil?			Nej		Ja	
5 YRKESAR- BETE	I annans tjänst		Självständig yrkesutövare			
	Arbetsgivare					
	Arbetsplatsens adress					
	Antal arbetsdagar per vecka			Den dagliga arbetstiden		
	Har Ni möjlighet att göra Era arbetsresor som grupp- transport?			Nej		Ja
	Erhåller Ni bidrag för Era arbetsresor från annat håll, varifrån?					
6 STUDIER	Läroanstaltens namn					
	Läroanstaltens adress					
	Studiernas begynnelse datum		Studiernas avslutningsdatum		Antal studiedagar per vecka	

	Har Ni möjlighet att göra Era studieresor som grupp-transport?	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ja
	Erhåller Ni stöd från annat håll, t.ex. från Folkpensionsanstalten?				
7 BILAGOR	<input type="checkbox"/> Intyg av läkare som erhålles på social-servicebyråerna Intyg över arbetsförhållande eller studier vid ansökan om transportservice för <input type="checkbox"/> dylika resor				
8 TILLÄGGS-UPPGIFTER	Använd bilaga vid behov				
9 UNDER-SKRIFT	Ort och datum		Ansökarens underskrift och förtydligande av den		
10 MYNDIG-HETEN IFYLLER					