



Ansökan inkom:

Ansökan

| | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ansökan avser | |
| Färdtjänst utan ledsagare | Färdtjänst med ledsagare |
| Har haft färdtjänst tidigare | |
| Ja | Nej |

Personuppgifter

| | | |
|----------------------|--------------|---------------|
| Namn | Efternamn | Personnummer: |
| Adress | Postnummer | Ort |
| Folkbokföringskommun | Telefon | Mobiltelefon |
| Civilstånd | | |
| Gift/Sambo | Ensamstående | |

| | | |
|---|----------|-----------------|
| Eventuell kontaktperson, god man, vårdnadshavare för minderårig | Telefon: | Telefon arbete: |
| E-postadress | | |

Funktionshinder

| | | | |
|---|--------------------|-------------------|-------------|
| Beskriv ditt funktionshinder (art och omfattning) Ange synliga och dolda funktionshinder: | | | |
| | | | |
| Är funktionshindret bestående minst tre månader? | | | |
| Ja | Nej | | |
| Har du några hjälpmedel till följd av ditt funktionshinder? | | | |
| Rollator/deltastöd | Hopvikbar rullstol | Eldriven rullstol | Käpp/krycka |

Läkarintyg/läkarutlåtande

Observera att din ansökan måste kompletteras med ett läkarintyg/läkarutlåtande.

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Intyg/utlåtande skickas | |
| Som en bilaga till denna ansökan | Från vårdgivaren |

Färd sätt

| |
|--|
| Nuvarande färd sätt: |
| Jag har tillgång till eget fordon som jag kör själv. |
| Jag kan resa med allmänna kommunikationer på egen hand, med vissa svårigheter. |
| Jag kan endast resa med allmänna kommunikationer, om en person följer med och hjälper mig. |
| Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer. |



| |
|--|
| Varför kan du inte använda allmänna kommunikationsmedel? |
| Hur långt har du till närmaste busshållplats? |
| Beskriv ditt boendeförhållande (lägenhet, hus) |
| Om du anser dig behöva hjälp av ledsagare på resan, beskriv varför: |
| Om du är i behov av specialfordon , beskriv varför (sitta i rullstol under färd): |
| Övriga upplysningar: |

Underskrift (sökande, god man, kontaktperson eller vårdnadshavare för minderårig)

| |
|-------------------|
| Ort och datum |
| Underskrift |
| Namnförtydligande |

Jag samtycker till att kontakter får tas med kommunens biståndshandläggare, försäkringskassa eller läkare för kompletterande uppgifter, för att utredningen ska bli så fullständig som möjligt.

Skicka blanketten till: Bengtsfors kommun
Färdtjänst
Box 14
666 21 Bengtsfors

Behandling av personuppgifter

De personuppgifter du lämnar är nödvändiga för att vi ska kunna handlägga och fatta beslut om din ansökan om färdtjänst. Personuppgiftsbehandlingen baseras på dataskyddsförordningen, artikel 6 punkt 1a och 1e:

1a: "Den registrerade har lämnat sitt samtycke till att dennes personuppgifter behandlas för ett eller flera specifika ändamål."

1e: "Behandlingen är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning."

Hantering och lagring

Dina personuppgifter hanteras av kommunens färdtjänsthandläggare. Personuppgifterna förs också in i Västtrafiks system för färdtjänst. Beslut tillsammans med eventuella läkarintyg sparas i kommunens pappersarkiv.

Rättelse, radering etc.

Du har rätt att kontakta oss för att få information om vilka uppgifter som behandlas om dig eller för att begära rättelse, radering eller begränsning av behandling. Kontakta vårt dataskyddsbud. Du har även rätt att inge klagomål till tillsynsmyndigheten Datainspektionen om du tycker att vi behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt.

Samtycke

Du har rätt att, när som helst, ändra ditt samtycke till personuppgiftsbehandling. För att ta tillbaka ett samtycke, kontakta kommunens färdtjänsthandläggare. Observera dock att ett återkallande av ditt samtycke inte påverkar lagligheten av behandlingen innan samtycket återkallades.