



Saltviks kommun
Social- och omsorgsnämnden

Ansökan om färdtjänst

Namn: _____

Personsignum: _____

Adress: _____

Den sökandes sociala situation:

- Samboende med make/maka Ensamboende
 Anhöriga boende i närheten Långt till vänner och bekanta

Handikapp och/eller sjukdom:

Hjälpmedel den sökande använder i förflyttningssituationer:

- Använder inga hjälpmedel Kryckor
 Rullator Käpp Rullstol
 Annat: _____

Syn:

- Normal Nedsatt Kraftigt nedsatt

Hörsel:

- Normal Nedsatt Kraftigt nedsatt

Rörelseförmågan väntas vara nedsatt:

- Tillsvidare Tillfälligt under perioden: _____

Avståndet till närmaste busshållplats: _____

Orsak att sökande ej kan anlita allmänna kommunikationer:

Hushållet har egen bil:

- Ja Nej

Datum och sökandens underskrift

Vid behov kan läkarintyg inbegäras som komplettering till ansökan

Fylls i av kommunens tjänsteman

Beslut nr: _____

- Ansökan beviljas Ansökan avslås
 Varaktigt färdtjänstillstånd Temporärt färdtjänstillstånd _____
 Taxi Specialbil Övriga villkor: _____

Datum, underskrift och tjänsteställning

Yrkande på ändring av tjänstemannabeslut

Vid missnöje med detta beslut kan det överlämnas för behandling till socialnämnden inom 14 dagar efter det att sökanden fått meddelande om beslutet. Anhållan om att socialnämnden skall behandla ärendet sker genom att personligen överlämna detta beslut till socialkansliet eller genom att sända beslutet jämte skriftlig motivering till socialnämnden i Saltviks kommun under adress: Lillängs 14, Näås, 22320 ÖDKARBY.