

ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST/ÅRSJUSTERING**Behovet av färdtjänst enligt lagen om service och stöd p.g.a. handikapp****Sökande**

Efternamn	
Förnamn	Personbeteckning
Adress	Postnummer och postanstalt
Yrke	Telefon

Personer som bor i samma hushåll som sökanden

Personernas namn och eventuellt släktskap

För vad söks färdtjänst

Arbetsresor	antal/månad	Ärenden och rekreation	antal/månad
Studier	antal/månad		
Annat, vad			antal/månad

Handikapp eller sjukdom

Handikapp eller sjukdom
Behöver Ni hjälpmedel för att förflytta Er Ja Nej
Nödvändigt hjälpmedel Käpp/käppar Kryckor Rullstol Annat, vilket

Egen bil

Har familjen bil Ja Nej
Har Ni för anskaffning av bil fått återbäring av bilskatten eller annan ersättning? Av vilket slag?

Arbets och studier (om ansökan gäller sådana resor)

Arbetsgivare	Daglig eller annan arbetstid
Adress	

Läroanstalt	Daglig eller annan arbetstid
Adress	

Annat transportstöd

Har Ni fått eller har Ni ansökt om något annat slag av transportstöd, hurdan?
Utbildning som inkluderar reseersättning (t.ex. ersättning av FPA eller något försäkringsbolag)

Bilagor till ansökan

<p>Läkarintyg, varav behovet av färdtjänst framgår</p> <p>Studieintyg, om Ni ansöker om stöd för studieresor</p> <p>Arbetsgivarens intyg över arbetsförhållandet och dettas kontinuitet, om ansökan gäller arbetsresor</p> <p>Annat, vad</p>
--

Ytterligare uppgifter

Till exempel behov av ledsagare

Underskrift

<p>Dina personuppgifter lagras i handikappservicens klientregister. Personuppgifter är sekretessbelagda och de överläts endast på grundval av en lag eller med ditt samtycke. Dataskyddsbeskrivningen finns på www.esbo.fi/dataskyddsbeskrivningar och på de ifrågavarande verksamhetsställena. I dataskyddsbeskrivningen berättar vi noggrannare om behandlingen av dina personuppgifter och om dina rättigheter när det gäller dina personuppgifter.</p>	
<p>Jag ger mitt samtycke till att man vid behandlingen av ett ärende som gäller färdtjänst överläter/skaffar de personuppgifter som behövs till/av socialvårdsmyndigheterna, den öppna rehabiliteringen, fysioterapin och verksamhetsterapi samt seniorrådgivningen och servicehänvisningen Nestor. Jag har rätt att återkalla mitt samtycke genom att anmäla detta till verksamhetsstället.</p>	
<p>Ja Nej</p>	
<p>Jag försäkrar att de uppgifter jag givit är riktiga.</p>	
<p>Ja Nej</p>	
Plats och datum	Underskrift och namnförtydligande

Returnera ansökan till:

Byrån för handikapptjänster/färdtjänsten, PB 2513, 02070 ESBO STAD
Besöksadress: Kamrersvägen 2 A, 4. vån., 02770 Esbo

PDF-instruktion

1. Fyll i blanketten noggrant.
2. Skriv uppgifterna i fälten med små bokstäver (egennamn med stor begynnelsebokstav). I fälten ryms endast en viss mängd text (den gråbetonade färgen i fälten skrivs ej ut). Gör en bilaga vid behov.
3. Flytta mellan fälten med tabulatorn. Kryssa för vald ruta med tangenten "enter" eller klicka med vänstra musknappen.
4. Texten i blankettens ifyllda fält kan du avlägsna genom att trycka på "Radera" -knappen.
5. Efter att du printat blanketten kom ihåg din underskrift.