



Utlåtande / intyg för färdtjänst

Datum: _____

Personuppgifter sökanden

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges)

<input type="checkbox"/> Undersökning av den sökande	<input type="checkbox"/> Uppgifter från den sökande
<input type="checkbox"/> Journalanteckningar	<input type="checkbox"/> Personlig kännedom sedan (ange datum)
<input type="checkbox"/> Uppgifter från anhörig eller god man	

Kännedom om den sökande

Kännedom om den sökande sedan, datum	Senaste undersökningstillfället, datum
--------------------------------------	--

Funktionsnedsättning

Beskriv den sökandes funktionsnedsättning utifrån diagnos (gradera om möjligt) och förmåga att förflytta sig:
Klarar sökanden av att resa med allmänna kommunikationer som buss och tåg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Motivera varför:
Hur länge (i tid) bedöms funktionsnedsättningen bestå? <input type="checkbox"/> Mindre än tre månader <input type="checkbox"/> Annan bedömning (ange tid): <input type="checkbox"/> Varaktigt/tillsvidare

Beskriv om och i så fall vilka särskilda behov som den sökande har i fordonet under resan

Enligt Lag om Färdtjänst (1997:736) har den sökande rätt till ledsagare om behovet är större än det som chauffören kan hjälpa till med. Ledsagaren ska vara knuten till behovet under själva resan och inte till vistelsen vid resmålet.
--

Färdsett

Kan sökanden åka vanlig personbil? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om nej, beskriv varför:

Eventuella hjälpmedel

Har den sökande behov av hjälpmedel till följd av sitt funktionshinder?

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Stödkäpp/Krycka	<input type="checkbox"/> Kryckor
<input type="checkbox"/> Rullator	<input type="checkbox"/> Käpp för synskadade	<input type="checkbox"/> Ledsagarhund/Assistanshund
<input type="checkbox"/> Manuell rullstol	<input type="checkbox"/> Elrullstol	<input type="checkbox"/> Elmoped/Skoter
Andra hjälpmedel än de ovan nämnda (skriv vilket/vilka):		

Sökandens gångförmåga

Hur långt bedöms den sökande kunna gå utan vilopaus? (antal meter)
Har den sökande genomfört gångtest som styrker den ovan angivna gångförmågan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Utlåtandet/Intyget utfärdat av

Namn	Titel
Tjänsteställe	Telefon, inkl riktnummer (samt ev telefontid)

Namnteckning intygsskrivande legitimerad personal

Namnteckning	Ort och datum
--------------	---------------

Utlåtandet/Intyget skickas till

Melleruds kommun
Medborgarkontoret
464 80 Mellerud