

Ansökan har mottagits  
\_ / \_ / \_

<b>TYP AV ANSÖKAN</b>	<input type="checkbox"/> Ny ansökan <input type="checkbox"/> Ansökan om fortsatt service	
<b>1 SÖKANDE</b>	Efternamn och förnamn	
	Personbeteckning	Hemkommun
	Gatuadress	Postnummer och -anstalt
	Telefonnummer	E-post
	Vårdandshavarens / vårdnadshavarnas kontaktuppgifter (om sökande är under 18 år)	
<b>2 KONTAKTUPPGIFTER TILL DEN SOM SKÖTER ÄRENDET FÖR SÖKANDE</b>	Intressebevakarens /ombudets namn	
	Gatuadress	Postnummer- och anstalt
	Telefonnummer	E-post
	Jag ger mitt samtycke till att den person jag har utsett får sköta mina ärenden inom funktionshinderservicen  <input type="checkbox"/> ja (bifoga en fullmakt eller beslut om intressebevakning) <input type="checkbox"/> nej	
	Intressebevakarens eller ombudets underskrift och namnförtydligande	
<b>3 GENOMFÖRANDE AV STÖDET FÖR RÖRLIGHET</b>	Vad ansöker du om av följande?  <input type="checkbox"/> Stöd för rörligheten med personlig assistans <input type="checkbox"/> Stöd för rörligheten som ekonomiskt stöd <input type="checkbox"/> Stöd för rörligheten som färdtjänst	
	Får du eller har du ansökt om stöd för rörlighet från någon annan service?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> FPA <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Tjänster som stöder rörlighet enligt socialvårdslagen  Har beslutet varit <input type="checkbox"/> jakande <input type="checkbox"/> nekande	
<b>4 RESORNAS ÄNDAMÅL</b>  <i>Resor inom hälso- och sjukvård ersätts via FPA</i>	Jag ansöker om färdtjänst enligt funktionshindersservicelagen för följande resor	
	<input type="checkbox"/> Resor som hör till det dagliga livet (ärenden och fritid) antal _____ /månad (fyll även i 9)	
	<input type="checkbox"/> Studieresor, antal _____ /månad (fyll även i punkt 10)	
	<input type="checkbox"/> Arbetsresor, antal _____ /månad (fyll även i 11)	



Beskriv hur du rör dig i trappor:

Behöver du hjälpmedel eller medicintekniska apparater när du rör dig?  Nej  Ja

Hjälpmedel som du använder:

Kryckor/Käpp  Rollator (hopfällbar)  Rollator (icke hopfällbar)

Rullstol (hopfällbar)  Rullstol (icke hopfällbar)  Elrullstol  Assistanthund

Särskilt bred och/eller tung rullstol  Elmoped  Syrgaskoncentrator/andningsapparat

Annat, vad: \_\_\_\_\_

Använder du hjälpmedlet regelbundet när du rör dig utomhus?  ja  nej

Klarar du av att förflytta dig till bilsätet och sätta dig?  ja  nej

Har du särskilda svårigheter med kommunikation eller talproduktion? Kan du till exempel meddela chauffören eller den som tar emot resebeställningen resans destination?

Inga svårigheter

Ja, hurdana? \_\_\_\_\_

Jag använder ett kommunikationsmedel, vilket? \_\_\_\_\_

Har du funktionsnedsättningar som gäller syn- eller hörselfunktionen och som försvårar din rörlighet?

nej  ja, hurdana? \_\_\_\_\_

**7 ÄRENDEN UTANFÖR  
BOSTADEN**

Vilket färdmedel använder du för närvarande för ärenden och fritidsresor?

Kollektiv trafik  Servicelinje  Taxi  Invatxi  Egen bil

En släktings eller en bekants bil

Kan du använda kollektivtrafik självständigt?  ja  nej, varför? \_\_\_\_\_

Kan du använda kollektivtrafik med ledsagare?  ja  nej, varför? \_\_\_\_\_

Behöver du hjälp av en annan person när du utreätar ärenden utanför hemmet?

nej  ja  ibland

Vilken typ av hjälp behöver du och vem hjälper dig?

	<p>Avstånd till närmaste hållplats för kollektivtrafik _____ meter</p> <p>Avstånd till närmaste affär _____ meter</p> <p>Hur lång sträcka kan du förflytta dig med hjälpmedel: på sommaren _____ meter</p> <p>Hur lång sträcka kan du förflytta dig med hjälpmedel: på vintern _____ meter</p> <p>Hur lång sträcka kan du förflytta dig utan hjälpmedel: på sommaren _____ meter</p> <p>Hur lång sträcka kan du förflytta dig utan hjälpmedel: på vinter _____ meter</p>
<b>8 EGEN BIL</b>	<p>Har ni egen bil i familjen? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Klarar du av att köra bil? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Har du beviljats stöd till bil? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket år? _____</p> <p>Har du beviljats återbäring av bilskatt? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilket år? _____</p>
<b>9 RESOR FÖR DET VANLIGA LIVET</b>	<p>Den närmaste kommun där de tjänster du behöver finns tillgängliga:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>För ditt eget liv betydelsefulla kommuner som du behöver resa regelbundet till, kommun och motivering:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>10 RESOR TILL STUDIER</b>	<p>Läroanstaltens namn: _____</p> <p>Läroanstaltens adress: _____</p> <p>Dagen då studierna inleds: _____</p> <p>Dagen då studierna avslutas: _____</p> <p>Antal studiedagar per månad som absolut förutsätter färdtjänst: _____</p> <p>Har du ansökt om skolresestöd från FPA ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej, varför inte? _____</p> <p>_____</p> <p>Får du något annat stöd för studieresor?</p> <p><input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, varifrån? _____</p>

	<p>Om du har flera studieplatser samtidigt eller om undervisningslokalerna varierar under dagen så att du behöver färdtjänst för förflyttningar, beskriv detta närmare här:</p>
<p><b>11 ARBETSRESOR</b></p> <p><i>Om du ansöker om färdtjänst för arbetsresor, bifoga ett intyg om ett giltigt anställningsförhållande till ansökan.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Jag arbetar som anställd <input type="checkbox"/> Jag arbetar som egenföretagare</p> <p>Arbetsgivare: _____</p> <p>Arbetsplatsens adress: _____</p> <p>Daglig arbetstid: _____</p> <p>Antalet arbetsdagar per månad som absolut förutsätter färdtjänst: _____</p> <p>Får du stöd för arbetsresor annanstans ifrån? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, varifrån? _____</p>
<p><b>12 RESOR TILL ARBETSVERKSAMHET FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING</b></p> <p>Personer som på grund av funktionsnedsättning eller sjukdom har beviljats arbetsverksamhet som stödjer sysselsättning enligt 27 § i socialvårdslagen</p>	<p>Resorna ingår inte automatiskt i arbetsverksamheten, men de kan ordnas som en separat stödåtgärd om personen har särskilda svårigheter att förflytta sig och inte kan använda kollektivtrafiken utan oskäliga svårigheter. I sådana fall kan resorna ordnas som en transportservice inom socialvården eller som någon annan individuell stödåtgärd, genom ett separat tjänsteinnehavarbeslut, som en del av servicebehovsbedömningen.</p> <p>Arbetsverksamhets enhet: _____</p> <p>Antal dagar per månad inom arbetsverksamheten som absolut förutsätter färdtjänst: _____</p> <p>Motiveringar till varför du ansöker om färdtjänst för resor till arbetsverksamheten: _____</p>
<p><b>13 RESOR I SAMBAND MED KORTVARIG OMSORG</b></p> <p>Om du ansöker om färdtjänst till exempel för morgon- och eftermiddagsvårdens resor och/eller för lovvårdens resor, fyll i följande uppgifter.</p>	<p>Vårdplats och adress: _____</p> <p>Antal vård dagar då färdtjänst är absolut nödvändigt: _____</p> <p>Den tidsperiod för vilken du ansöker om resor: _____</p> <p>Om det finns flera vårdplatser samtidigt, ge närmare uppgifter här: _____</p>

	<p>Motiveringar till varför du ansöker om färdtjänst för resor i samband med kortvarig omsorg:</p>
<p><b>14 RESOR I ANSLUTNING TILL ANDRA TJÄNSTER ENLIGT FUNKTIONSHINDERSERVICELAGEN</b></p> <p><i>Stöd till rörlighet kan vid behov även ordnas för resor i samband med träning, särskilt stöd för delaktighet, stöd i att fatta beslut och krävande multiprofessionellt stöd.</i></p>	<p>Resorna ingår inte automatiskt i den beviljade tjänsten, men de kan ordnas som en separat stödåtgärd om personen har särskilda svårigheter att röra sig och inte kan använda kollektivtrafik utan oskäligen svårigheter.</p> <p>Vilka resor ansöker du om och till vilka destinationer?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Antal dagar då transportservice är absolut nödvändig: _____</p> <p>Tidsperioden som du ansöker om resor för:</p> <p>_____</p> <p>Motiveringar till varför du ansöker om färdtjänst för dessa resor:</p>
<p><b>15 TILLÄGGSTJÄNSTER TILL FÄRDTJÄNSTEN</b></p>	<p>Ansöker du om specialrättigheter och tilläggstjänster för din färdtjänst? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Vilka av följande ansöker du om?</p> <p><input type="checkbox"/> Rätt till bekant taxi (på grund av min funktionsnedsättning, sjukdom eller annan motsvarande orsak kan jag inte resa med någon annan än en för mig bekant chaufför)</p> <p>Motiveringar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Tillgänglig bil (på grund av min funktionsnedsättning eller sjukdom kan jag inte förflytta mig till bilsätet och/eller använder jag ett hjälpmedel för rörligheten som kräver en tillgänglig invatäxi)</p> <p>Motiveringar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Rätt att resa ensam (på grund av min funktionsnedsättning, sjukdom eller annan motsvarande orsak kan jag inte resa i samma transport som andra, och mina resor får inte kombineras)</p> <p>Motiveringar:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

	<p><input type="checkbox"/> Särskild ledsagarhjälp (jag behöver på grund av annan orsak än enbart en rörelsenedsättning en ovanlig, särskild kompetenskrävande och tidskrävande assistans av chaufför)</p> <p>Motiveringar:</p> <hr/> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Assistans i resekedjan (jag behöver på grund av min funktionsnedsättning, sjukdom eller annan motsvarande orsak chaufförens hjälp vid förflyttning från fordonet till nästa färdmedel i resekedjan)</p> <p><input type="checkbox"/> Periodisering av resor (jag vill periodisera mina färdtjänstresor till en längre period)</p> <p>Motiveringar:</p> <hr/> <hr/>
<p><b>16</b> <b>TILLÄGGSUPPGIFTER</b></p>	<p>Här kan du lämna ytterligare information om din situation, ditt stödbehov och andra aspekter som är viktiga att beakta i samband med rörlighet. Vid behov kan du fortsätta på ett separat papper.</p>
<p><b>BILAGOR</b></p>	<p>Till ansökan ska bifogas ett läkarutlåtande som beskriver de funktionsnedsättningar som påverkar rörligheten samt ditt behov av hjälp och stöd vid förflyttning. Utlåtandet ska redogöra för din nuvarande funktionsförmåga, och det får som huvudregel vara högst 6 månader gammalt (obligatorisk bilaga om du ansöker om tjänsten för första gången eller dina omständigheter har förändrats). Om de begärda bilagorna inte lämnas in inom tre (3) månader fattas ett nekande beslut i ditt ärende.</p> <p>Som bilaga</p> <p><input type="checkbox"/> Läkarutlåtande</p> <p><input type="checkbox"/> Arbetsgivarintyg om anställningen och dess fortsättning (vid ansökan om arbetsresor)</p> <p><input type="checkbox"/> Intyg från läroanstalten (vid ansökan om studieresor)</p> <p><input type="checkbox"/> Annan bilaga, vad/vilka?</p> <p><input type="checkbox"/> Jag lämnar in följande bilagor senast ____ . ____ . ____</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p><b>17 DATUM OCH UNDERSKRIFT</b></p>	<p>Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat på denna blankett är riktiga och förbinder mig att anmäla eventuella förändringar i dem samt samtycker till att mina uppgifter kontrolleras hos andra myndigheter.</p> <p>Socialmyndigheten kan av Skatteförvaltningen och FPA få sekretessbelagda personuppgifter som finns i deras register oberoende av samtycke, för fastställande av avgifter och kontroll av uppgifter.</p>

	Datum _____ Sökandes underteckning och namnförtydligande _____
<b>18 DEN SOM FYLLT I ANSÖKAN</b>	<p>Den som upprättar ansökan kan vara en myndighet, personens lagliga företrädare, en anhörig eller en annan närstående.</p> <p>Namn: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Är sökanden medveten om att ansökan görs till funktionshinderservicen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Relation till sökande <input type="checkbox"/> Intressebevakare <input type="checkbox"/> Anhörig <input type="checkbox"/> Närstående <input type="checkbox"/> Myndighet</p>

De lagar som ligger till grund för handlingen:

- *Socialvårdslagen (1301/2014) 36§*
- *Funktionshinderservicelagen (675/2023) 4 §*
- *Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999) 24 § 25 punkten*
- *Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) 14 §*

1. Fyll i blanketten.
2. Skicka blanketten per post till: **Funktionshinderservice Borgå, Teknikbågen 1, 06100 Borgå**