



Ansökan om färdtjänst

Namn	
Adress	
Personsignum	
Telefon	
Epost	

Den sökandes sociala situation

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

Handikapp och/eller sjukdom samt motivering för färdtjänst:

Hjälpmedel den sökande använder

Använder inga hjälpmedel		Käpp		Syn; normal		Hörsel; normal	
Kryckor		Rullstol		Syn; nedsatt		Hörsel; nedsatt	
Rullator		Annat		Syn; kraftigt nedsatt		Hörsel; kraftigt nedsatt	

Rörelseförmågan väntas vara nedsatt Tillsviare _____ Tillfälligt under en period _____

Orsak att sökande ej kan anlita allmänna kommunikationer

Hushållet har egen bil ja / nej

Datum _____ Sökandes underskrift _____

Ansökan tillsammans med läkarintyg sänds till

Socialnämnden i Föglö kommun på nedanstående adress.

Föglö Kommun
Socialkansliet
Tingsvägen 3
22710 Föglö

Telefon:
018-50151
Epost:
socialsekreterare@foglo.ax