



**SOCIALKANSLIET**  
FINSTRÖMS KOMMUN  
GETA KOMMUN

## ANSÖKAN OM FÄRDTJÄNST

---

### Sökande

Namn: \_\_\_\_\_ Pers.sign: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_ Tel.nr \_\_\_\_\_

### Den sökandes sociala situation

Samboende med make/maka  Ensamboende

### Användning av hjälpmedel

Använder inte hjälpmedel  Rullstol  
 Kryckor eller käpp/stavar  Annat:  
 Rullator

### Rörelseförmågan väntas vara nedsatt

Tillsvidare  
 Tillfälligt; under perioden: \_\_\_\_\_

### Avstånd till närmaste busshållplats

Orsak till att sökande inte kan anlita allmänna kommunikationer:

---

---

### Hushållet har egen bil:

Orsak till anhållan om färdtjänst:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift och namnförtydligande

**Läkarintyg bifogas. Av utlåtandet skall de svårigheter sökande har i rörelseförmågan framkomma.**

Ifylld blankett skickas till: Gemensamt socialkansli för Finström och Geta, skolvägen 2, 22 410 Godby. Frågor besvaras av socialhandledaren tel. 018-431 532.