



ANSÖKAN OM RIKSFÄRDTJÄNST Datum.....

Ledsagare

Specialfordon

För och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	Mobiltelefonnummer

Målsman eller God Man	Telefonnummer dagtid eller mobiltelefon
-----------------------	---

Förutsättningar och Hjälpmedel

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gångsvårigheter | <input type="checkbox"/> Nedsatt hörsel | <input type="checkbox"/> Balanssvårigheter/Yrsel | <input type="checkbox"/> Hjärt-/kärl problem |
| <input type="checkbox"/> Psykisk sjukdom | <input type="checkbox"/> Nedsatt syn | <input type="checkbox"/> Svårt att uttrycka sig i tal | <input type="checkbox"/> Demenssjukdom |

Annat:

Beskriv din funktionsnedsättning

Hjälpmedel som måste tas med

- | | | | |
|---|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rullstol | <input type="checkbox"/> Lätt elrullstol | <input type="checkbox"/> Tung elrullstol | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> Ledarhund | Annat <input type="checkbox"/> ange vad | | |
| Jag måste sitta kvar i rullstolen under resan | | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Har du svårt att stiga på och av bussen

- Ja Nej

Beskriv

Behov av ledsagare under resan

Den som inte klarar av att på egen hand med den service som normalt ges av trafikutövaren utan behöver hjälp av annan person under resan, kan beviljas ledsagare.

Vad är det som gör att Du har behov av ledsagare under själva resan? ; Obs! läs texten ovan

Behov av att resa med specialfordon

Vad är det som gör att Du har behov av specialfordon?

Rabatter (tåg/flyg)

Resenär	<input type="checkbox"/> pensionär	<input type="checkbox"/> CSN-kort	<input type="checkbox"/> Annat
Ledsagare	<input type="checkbox"/> pensionär	<input type="checkbox"/> CSN-kort	<input type="checkbox"/> Annat

För och efternamn	Personnummer
Gatuadress	Telefonnummer
Postnummer och postadress	Mobiltelefonnummer

Ansökan avser

<input type="checkbox"/> 1. Enstaka resor	<input type="checkbox"/> tur och retur	<input type="checkbox"/> enkel	<input type="checkbox"/> 2. Resor under viss tid
Avresa från (ort och gatuadress)		Till (ort och gatuadress)	
Senaste ankomsttid		Telefonnummer på besöksorten	
Återresa, från (ort och gatuadress)		Datum och avresetid	
Jag kan åka med	<input type="checkbox"/> Tåg	<input type="checkbox"/> Flyg	<input type="checkbox"/> Buss
Om jag får	<input type="checkbox"/> anslutningsresa i taxi	<input type="checkbox"/> hjälp vid på och avstigning	<input type="checkbox"/> ledsagare
Jag måste åka med	<input type="checkbox"/> Taxi	<input type="checkbox"/> Specialfordon	<input type="checkbox"/> Ledsagare

Eventuell annan kontaktperson än sökande

Namn	Telefon
------	---------

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga och att jag på grund av sjukdom eller funktionshinder har väsentliga svårigheter att använda kollektivtrafiken. Om det inträffar förändringar, som gör att jag inte längre är i behov av riksfärdtjänst, kommer jag omgående att meddela färdtjänsten.

Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med, och att uppgifter inhämtas från, intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan, som har uppgifter av betydelse för riksfärdtjänstutredningen.

Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av riksfärdtjänstransporten behandlas i personregister hos beställningscentralen och transportföretag.

Ort och datum

Underskrift

Sänd ansökan till:

Storumans kommun
Riksfärdtjänst
923 81 Storuman

Tel. 0951-140 00

Kommunens beslut – beställning av resa

<input type="checkbox"/> tidsbegränsat tillstånd finns	Giltigt, t o m datum
Ändring av önskad tid	<input type="checkbox"/> Tiden får ej ändras <input type="checkbox"/> Ändring får göras enligt kommunens riktlinjer <input type="checkbox"/> Annat
Samordning av taxiresor	<input type="checkbox"/> Resan får samordnas med andra taxiresor. Ev begränsningar <input type="checkbox"/> Taxiresan får ej samordnas (ensamåkare)
Resan beviljas med	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Övrigt (skriv)
<input type="checkbox"/> Medresenär (namn och personnummer)	
<input type="checkbox"/> Beviljas <input type="checkbox"/> Egenavgift	Datum Kommun STORUMANS KOMMUN
	Namnsteckning
	Namnförtydligande