



Specialfordon

Ledsagare

Namn:.....Personnummer:.....

Adress:.....

Postadress:..... Telefon:.....

Avresedatum.....

Besöksadress .....

Återresa datum.....

Orsak till resan.....

**Söker riksfärdtjänst på grund av:**

Rörelsehinder

Annat funktionshinder

Allmänna kommunikationer saknas

Annan orsak

**Kort beskrivning av ditt funktionshinder (art och omfattning) och beskriv på vilket sätt du har svårigheter att förflytta dig på egen hand eller att resa med allmänna kommunikationer:**

.....  
.....

**Hjälpmedel vid förflyttning**.....

Jag kan ta mig till och från busshållplats

Ja

Nej

Jag kan gå på och av buss utan hjälp

Ja

Nej

Jag kan åka taxibil utan hjälp

Ja

Nej

Jag måste åka i framsäte

Ja

Nej

Jag behöver åka sittande i rullstol

Ja

Nej

Jag måste bäras i trappor eller dylikt

Ja

Nej

**Övriga upplysningar**

.....

Jag tillåter att handläggaren ifrån annan verksamhetsgren inom kommunen, landsting, annan kommun eller ifrån enskild myndighetsperson, får inhämta de uppgifter som är nödvändiga, för att kunna fatta beslut i mitt ärende. Jag är införstådd med att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförande av färdtjänsttransport behandlas i personregister hos beställningscentral och hos transportföretag.

Jag är införstådd att mina personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen (PUL).

Ort och datum:.....Sökandes underskrift:.....

Skickas till: Vård och Omsorg, Färdtjänst, 512 80 SVENLJUNGA