

Ansökan om riksfärdtjänstresa

Samtliga uppgifter är obligatoriska

Jag har rest med riksfärdtjänst tidigare	Ja	Nej	Jag är beviljad färdtjänst	Ja	Nej
--	----	-----	----------------------------	----	-----

Resans ändamål

Personuppgifter

Efternamn	Förnamn
Bostadsadress	
Postnummer och ort	Telefonnummer (även riktnummer)
E-postadress	Personnummer

Inför kontakten med dig

Kontaktperson (vid behov)	Telefonnummer (även riktnummer)	
Behöver du tolk?	Nej	Ja, om Ja ange språk

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet			
mindre än 12 månader	mer än 12 månader	tills vidare	vet ej
Beskriv varför du inte kan resa med allmänna kommunikationer med hjälp av stationsledsagning och övrig service hos transportbolagen.			
Kryssa i vilken hjälp du behöver för att kunna resa med allmänna kommunikationer			
<input type="checkbox"/> Hjälp till och från perrong/hållplats/flygplats (gate)	<input type="checkbox"/> Toalettbesök		
<input type="checkbox"/> Hjälp vid byten av transportmedel	<input type="checkbox"/> Rullstolsplats		
<input type="checkbox"/> Hjälp vid på- och avstigning	<input type="checkbox"/> Jag har inget behov av hjälp		
<input type="checkbox"/> Större platsutrymme	<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket		

Ledsagare

Krävs ledsagare för att du ska kunna genomföra resan?	
Nej	Ja
Om Ja, vilken hjälp behöver du under själva resan? (Avser inte hjälp på resmålet)	
Ledsagarens namn	
Ska din ledsagare resa till dig för att kunna ledsaga dig?	
Ja, behöver egen ditresa	Nej
Ska ledsagaren stanna kvar med dig på resmålet?	
Ja	Nej, behöver egen återresa

Färdstätt

Vilka färdstätt ansöker du om? OBS! Vid ansökan om bil eller specialfordon bör medicinskt utlåtande bifogas.		
Tåg	Flyg	Bil
Tåg med ledsagare	Flyg med ledsagare	Bil med ledsagare
Buss	Båt	Specialfordon
Buss med ledsagare	Båt med ledsagare	Specialfordon med ledsagare

Hjälpmedel

Vilket hjälpmedel behöver du ta med på resan?			
Rollator, fällbar	Rullstol, fällbar	Lätt elrullstol (< 50 kg)	
Rollator, ej fällbar	Rullstol, ej fällbar	Tung elrullstol (> 50 kg)	
Inget hjälpmedel	Annat:		
Mått för rullstol, ej fällbar			
Längd	cm	Höjd	cm
Bredd	cm	Vikt (inklusive kroppsvikt)	kg
För elrullstol måste batterityp anges			

Aktuell resa

Utresa	Från gata, ort	
	Till gata, ort	
Önskad avresetid	Datum	Tid att passa vid framkomst kl.
Återresa	Från gata, ort	
	Till gata, ort	
Önskad avresetid	Datum	Tid att passa vid framkomst kl.

Eventuell medresenär OBS! Medresenär bekostar sin resa själv

Efternamn	Förnamn
Efternamn	Förnamn

Övriga upplysningar

--

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.

Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter av betydelse för utredningen inhämtas från anhörig/kontaktperson, försäkringskassa, sjukvårdspersonal eller tjänsteman hos kommunen. Uppgifterna skyddas enligt 29 kapitlet 6 och 7 §§ Offentlighets- och sekretesslagen.

Jag tillåter att de personuppgifter som är nödvändiga för bokning av aktuell resa registreras hos Riksfärdtjänsten Sverige AB.

Underskrift

Ort och datum	Sökandens namnteckning
Gäller ansökan minderårig ska samtliga vårdnadshavare skriva under, alternativt ska intyg om enskild vårdnad bifogas	
Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift

Ansökan sänds till:

Region Blekinge
Färdtjänsten
371 81 Karlskrona

fardtjanst@regionblekinge.se