

Ansökan om riksfärdtjänst (Riksfärdtjänst beviljas inte till sjukresor)

Datum.....

Efternamn		Förnamn		Personnummer	
Gata, box				Innehar CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Postnummer		Ort		Telefon (även riktnummer)	
				Ev. mobiltelefonnummer	
Medfört hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol (<50 kg)		
	<input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol (>50 kg)	<input type="checkbox"/> Annat:	
	Mätt på rullstol Längd: _____ cm Bredd: _____ cm Höjd: _____ cm Vikt: _____ kg			Batteri till elrullstol <input type="checkbox"/> Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium	
Framresa	Från gata, ort				
	Till gata, ort				
	Önskad avresetid	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)	
Återresa	Från gata, ort				Flightnr
	Till gata, ort				
	Önskad avresetid	Datum	Klockan	Telefonnr där resan kan bekräftas (även riktnr)	
Färdmedel	Jag <u>kan</u> åka med <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Båt Om jag får anslutningsresa med.... <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bår behövs <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bår behövs				
Ledsagare alt. Medresenär	Efternamn		Förnamn		<input type="checkbox"/> Ledsagare
					<input type="checkbox"/> Medresenär
OBS! Medresenär betalar själv resan	Efternamn		Förnamn		<input type="checkbox"/> Ledsagare
					<input type="checkbox"/> Medresenär
Medresenär	Medresenärens adress (krävs vid flyg och tågresa) _____				
Övrigt	T ex biljetter till annan adress än resenärens, alt. övriga skrymmande hjälpmedel				

Funktionsnedsättning

Beskriv ditt funktionshinder och varför du inte klarar att göra din resa med allmänna kommunikationer på egen hand

Resans anledning

Anledningen till resan (Riksfärdtjänst beviljas inte till sjukresor)

Underskrift

Namnteckning

Kontaktperson (om annan än sökanden)

Telefonnummer

 När jag skickar in denna blankett samtycker jag till att Härnösands kommun behandlar personuppgifterna enligt Dataskyddsförordningen (GDPR). Mer information finns på: www.harnosand.se/gdpr