

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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om Ja ange språk	

Funktionsnedsättning

Funktionsnedsättningens beräknade varaktighet
<input type="checkbox"/> mindre än 12 månader <input type="checkbox"/> mer än 12 månader <input type="checkbox"/> tills vidare <input type="checkbox"/> vet ej
Beskriv varför du inte kan resa med allmänna kommunikationer med hjälp av stationsledsagning och övrig service hos transportbolagen.

Ledsagare

Krävs ledsagare för att du ska kunna genomföra resan med allmänna kommunikationer? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vilken hjälp behöver du under själva resan? (Avser inte hjälp på resmålet)	Krävs ledsagare för att du ska kunna genomföra resan med bil? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vilken hjälp behöver du under själva resan? (Avser inte hjälp på resmålet)
--	---

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 |

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

Färd sätt

Vilka färd sätt ansöker du om?

OBS! Vid ansökan om bil eller specialfordon bör medicinskt utlåtande bifogas.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tåg | <input type="checkbox"/> Flyg | <input type="checkbox"/> Bil |
| <input type="checkbox"/> Tåg med ledsagare | <input type="checkbox"/> Flyg med ledsagare | <input type="checkbox"/> Bil med ledsagare |
| <input type="checkbox"/> Buss | <input type="checkbox"/> Båt | <input type="checkbox"/> Specialfordon |
| <input type="checkbox"/> Buss med ledsagare | <input type="checkbox"/> Båt med ledsagare | <input type="checkbox"/> Specialfordon med ledsagare |

Hjälpmedel

Vilket hjälpmedel behöver du ta med på resan?

Med allmänna kommunikationer

- | | | |
|---|---|--|
| <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"/> Inget hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Annat: | |

Med bil

- | | | |
|---|---|--|
| <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"/> Inget hjälpmedel | <input type="checkbox"/> 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

--

<input type="checkbox"/>	Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.
<input type="checkbox"/>	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.
<input type="checkbox"/>	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