

# Ansökan om särskild kollektivtrafik/färdjänst



Ansökan skickas till:  
RKM  
Smedjegatan 19  
972 32 LULEÅ

Vid frågor kontakta:  
Telefon: 0926-752 77  
E-post: fardtjanst@rkmbd.se

## Personuppgifter

Namn		Personnummer (6+4 siffror)	Har färdtjänst tidigare Ja      Nej	
Gatuadress		E-postadress		
Postnummer och -ort		Telefonnummer dagtid	Telefonnummer kvällstid	
Folkbokföringskommun				
Behov av språktolk Ja      Nej		Om ja, vilket språk		Behov av dövtolk Ja      Nej

## Min bostad / Hur bor du?

Villa	Yttertrappa, antal steg:	Hiss finns	Ramp finns
Lägenhet	På våningsplan:	Hiss finns	Ramp finns
Särskilt boende, vårdboende eller LSS-boende	Namn på boendet:		

## Funktionsnedsättning / Hälsotillstånd / Förflyttning

Beskriv utförligt på vilket sätt du har svårigheter att förflytta dig på egen hand. Beskriv även vilka skador/besvär/sjukdomar som påverkar.

Beräknad varaktighet:	3-6 månader	6-12 månader	mer än 12 månader	bestående
-----------------------	-------------	--------------	-------------------	-----------

## Hjälpmedel

## Förflyttningsförmåga

Vilket hjälpmedel använder du? Käpp/krycka Rollator Rullstol El-rullstol Service - ledarhund Annat    Ange vad:	Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) 0-50 m      50-200 m      >200 m  Jag kan gå i trappa utan hjälp Jag kan gå i trappa med hjälp Jag kan inte gå i trappa
---	--

Var god vänd ->

### Ansökan om ledsagare vid färdtjänstresa

Finns hjälpbehov under själva resan:	Ja	Nej
Beskriv ditt hjälpbehov under själva transporten		

### Färdsätt

### Förflyttningsförmåga

När jag reser idag reser jag med: Jag kan resa i personbil Jag måste sitta i min rullstol under hela resan Jag behöver ligga under resan Annat      Ange vad:	Beskriv dina svårigheter när du reser med buss och när du reser med tåg
---	---

### Resor till och från arbetet

### Resor som betalas av annan

Ja	Nej	Försäkringskassan	Försäkringsbolag	Kommun
----	-----	-------------------	------------------	--------

### Övriga upplysningar

--

### Underskrift

Jag medger att färdtjänsthandläggarna får ta kontakt med tjänstemän hos kommunen, hälso-och sjukvården eller försäkringskassan för att hämta uppgifter som har betydelse för färdtjänst	Jag medger inte att uppgifter hämtas enligt ovan. Jag ser själv till att färdtjänsthandläggarna får de uppgifter som krävs.
Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande

### Behjälplig med ansökan

Namn och telefonnummer	Relation:
------------------------	-----------

### Företrädare (kopia av förordnande/fullmakt ska bifogas)

God man, förvaltare, ombud eller vårdnadshavare (för minderårig)	Telefonnummer dagtid:	Telefonnummer kvällstid:
Gatuadress	E-postadress	
Postnummer och ort		