

Ansökan om särskild kollektivtrafik/färdtjänst



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		