

## Blankett för riksfärdtjänst

Personnummer		Efternamn		Förnamn	
Bostadsadress			Postnummer	Postadress	Telefonnummer
Resa från	Ange adress och ort			Tel. för bekräftelse av resa	
Resa till	Ange adress och ort			Tel. för bekräftelse av resa	
Avresetid	Datum	Klockslag		Tel. för bekräftelse av resa	
Hemresetid	Datum	Klockslag		Tel. för bekräftelse av resa	
Resesätt	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Bårbil <input type="checkbox"/> Båt				
Medföljande hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Mindre elrullstol <input type="checkbox"/> Fällbar rullstol <input type="checkbox"/> Hopfällbar rollator <input type="checkbox"/> Annat: <input type="checkbox"/> Större elrullstol <input type="checkbox"/> Ej fällbar rullstol <input type="checkbox"/> Ej hopfällbar rollator				
Mått på hjälpmedel	Rullstol Vikt: ....kg    Längd:.....cm    Bredd:.....cm    Höjd:.....cm			Batterityp till elrullstol <input type="checkbox"/> Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> Vätcell/litium	
Tåg/flyg rabatter	<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Make/maka/sambo <input type="checkbox"/> Resenärens barn <input type="checkbox"/> Medresenär <input type="checkbox"/> Pensionär <input type="checkbox"/> CSN/SFS-kort <input type="checkbox"/> Make/maka/sambo <input type="checkbox"/> Resenärens barn		Barnens ålder: _____ Barnens ålder: _____		
Ledsagare/ Medresenär	<input type="checkbox"/> Ledsagare    Namn:.....  <input type="checkbox"/> Medresenär    Namn:.....			<input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär  <input type="checkbox"/> Ledsagare <input type="checkbox"/> Medresenär	
OBS! Medresenär betalar egenavgift					
Medresenär	Medresenärens adress				
Övrigt					
Sökandens underskrift				Datum	

### Beslut (Fylls i av färdtjänsthandläggare)

Typ av resa	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Båt <input type="checkbox"/> Ombokningsbara biljetter <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bår    Ledsagare Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Antal _____				
Anslutningsresa	<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Specialfordon    Annat:				
Ändring av tid	<input type="checkbox"/> Mindre än 2 timmar <input type="checkbox"/> Samma dag <input type="checkbox"/> Framresa får ej ändras <input type="checkbox"/> Ändring fm/em <input type="checkbox"/> Ändring av dag kan göras <input type="checkbox"/> Återresa får ej ändras <input type="checkbox"/> Ankomst senast kl: _____				
Samåkning	<input type="checkbox"/> Får göras <input type="checkbox"/> Får ej göras <input type="checkbox"/> Behöver bärhjälp				
Övrigt					
Beslut <input type="checkbox"/> Beviljas <input type="checkbox"/> Avslås	Datum	Kommun	Kommunkod	Övrigt	
	Namnteckning	Namnförtydligande	Telefonnummer		