



**Ansökan skickas till:**  
Färdtjänsthandläggare  
Lilla Edets kommun  
Sektor socialtjänst  
463 80 Lilla Edet

**Personuppgifter:**

Namn	Personnummer
Adress	
Postadress	
Telefonnummer	

**Eventuell god man/förvaltare, ombud eller vårdnadshavare. Kopia på förordnande som god man/förvaltare respektive fullmakt för ombud ska bifogas.**

Namn	Telefonnummer
Adress	Postadress

**Ansökan gäller:**

<input type="checkbox"/> Enstaka resa	Datum resdag: .....
	Datum återresa: .....
<input type="checkbox"/> Generellt tillstånd Max antal enkla resor: .....	Från datum: .....
	Till datum: .....
Resa: <input type="checkbox"/> från: .....	<input type="checkbox"/> till: .....
<input type="checkbox"/> från: .....	<input type="checkbox"/> till: .....

**Ändamål med resan:**

<input type="checkbox"/> Fritidsresa, rekreation
<input type="checkbox"/> Tjänsteresa/resa i tjänsten
<input type="checkbox"/> Vård och behandling
<input type="checkbox"/> förtroendeuppdrag eller föreningsverksamhet
<input type="checkbox"/> Annat, ange vad

**Beskriv funktionshindrets art:**

**Ange orsaken till varför du inte kan åka med tåg eller buss på egen hand, med den hjälp som transportföretaget kan ge:**

**Hjälpmedel vid förflyttning och som ska medföras på resan:**

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Käpp, alt kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rullstol	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol (<50 kg)	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol (>50 kg)
<input type="checkbox"/> Ledarhund	<input type="checkbox"/> Annat	

**Hjälpbehov – Ledsagare**

Enligt 6 § Lag om riksfärdtjänst ska behovet av ledsagare vara knutet till själva resan och inte exempelvis vistelsen vid resmålet. Ledsagare enligt riksfärdtjänstlagen en person som måste följa med tillståndsinnehavaren för att denne ska kunna genomföra en riksfärdtjänstresa.

**Ansöker om ledsagare**

Ja, ange antal ....  Nej  Önskar ha med medresenär

Ange varför du har behov av ledsagare och vilken hjälp du är i behov av under färden:

Jag måste använda behandlingshjälpmedel/medicinsk utrustning under resan

Nej  Ja, ange vad .....

**Önskemål om färdstätt** (funktionshindrets svårighetsgrad avgör vilket färdmedel som får användas)

Jag kan färdas till det aktuella resmålet med följande fordon:

Tåg     Flyg     Buss     Båt

Taxi     Specialfordon

Annat, ange vad .....

Anslutningsresa med:

Taxi     Specialfordon     Annat, ange vad .....

Ledsagare och/eller medresenär

Namn:	Adress:	Postadress:	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär
Namn:	Adress:	Postadress:	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär
Namn:	Adress:	Postadress:	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär
Namn:	Adress:	Postadress:	<input type="checkbox"/> ledsagare <input type="checkbox"/> medresenär

**Bifogas läkarintyg**

Ja     Nej

Personuppgifter så som namn, personnummer, adress, behov av ledsagare, behov av hjälpmedel som ska medföras på resan, kommer att registreras hos kommunen och dess avtalspartner.

Dina personuppgifter kommer att hanteras enligt dataskyddsförordningen. Mer information om hur Lilla Edets kommun hanterar personuppgifter hittar du på [lillaedet.se/personuppgifter](http://lillaedet.se/personuppgifter).

Alla uppgifter är sekretesskyddade.

Jag försäkrar att de uppgifter som jag lämnat i denna blankett är fullständiga och sanningsenliga.

-----  
Ort och datum

-----  
Underskrift