

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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Gatuadress		E-postadress	
Postnummer och -ort		Telefonnummer dagtid	Telefonnummer kvällstid
Folkbokföringskommun			
Behov av språktolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket språk		Behov av dövtolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Min bostad / Hur bor du?

<input type="checkbox"/> Villa	Yttertrappa, antal steg:	<input type="checkbox"/> Hiss finns <input type="checkbox"/> Ramp finns
<input type="checkbox"/> Lägenhet	På våningsplan:	<input type="checkbox"/> Hiss finns
<input type="checkbox"/> Särskilt boende, vårdboende eller LSS-boende	Namn på boendet:	

Funktionsnedsättning / Hälsotillstånd

Ge en utförlig beskrivning av din funktionsnedsättning/hälsotillstånd samt tidpunkt för insjuknande/skada.	Beskriv på vilket sätt och i vilken omfattning du har svårigheter att förflytta dig på egen hand			
	Beräknad varaktighet: <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> 6-12 månader <input type="checkbox"/> mer än 12 månader <input type="checkbox"/> osäkert			

Hjälpmedel

Förflyttningsförmåga

Vilket hjälpmedel använder du? <input type="checkbox"/> Käpp/krycka <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rullstol <input type="checkbox"/> El-rullstol <input type="checkbox"/> Service - ledarhund <input type="checkbox"/> Annat Ange vad:	Jag kan förflytta mig (med eventuella hjälpmedel) max..... meter <input type="checkbox"/> Jag kan gå i trappa <input type="checkbox"/> Jag kan gå i trappa med hjälp <input type="checkbox"/> Jag kan inte gå i trappa
--	---

Var god vänd ->

Ledsagare

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, beskriv utförligt ditt behov under själva resan
Hjälpbehov

Färd sätt**Förflyttningsförmåga**

När jag reser idag reser jag med: <input type="checkbox"/> Jag kan resa i personbil <input type="checkbox"/> Jag måste sitta i min rullstol under hela resan <input type="checkbox"/> Jag behöver ligga under resan <input type="checkbox"/> 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**

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Kommun
--	--

Övriga upplysningar

--

Underskrift

<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	RKM hanterar alla personuppgifter i enlighet med Personuppgiftslagen (1998:204) och Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).	