



Namn		Personnummer
Adress		
Telefon bostad	Telefon arbete	Telefon mobil

### Ansökan om enstaka resa

Framresa från gata, ort		Ev. flightnummer	
Framresa till gata, ort			
Önskad avresetid	Datum	Klockan	Telefonnummer där resan kan bekräftas (även riktnummer)
Återresa från gata, ort		Ev. Flightnummer	
Återresa till gata, ort			
Önskad avresetid	Datum	Klockan	Telefonnummer där resan kan bekräftas (även riktnummer)

### Ansökan om generellt tillstånd

Resa till följande ort/orter. Bokas av resenären själv efter beviljat tillstånd.
--

### Funktionshinder

Ange synliga och/eller dolda funktionshinder, art och omfattning. Läkarintyg ska lämnas på begäran.
---

### Nuvarande färd sätt

<input type="checkbox"/> Jag åker buss på egen hand <input type="checkbox"/> Jag åker tåg på egen hand <input type="checkbox"/> Jag kan endast resa med buss eller tåg, om någon person följer med och hjälper mig <input type="checkbox"/> Jag kan inte alls resa med allmänna kommunikationer
Ange orsaken till att du inte kan åka med andra klass tåg eller buss på egen hand, med den hjälp transportföretaget kan ge:

### Syftet med resan

Uppgifterna ska kunna styrkas på begäran <input type="checkbox"/> Fritidsändamål <input type="checkbox"/> Tjänsteresa <input type="checkbox"/> Vård och behandling <input type="checkbox"/> Rekreation <input type="checkbox"/> Förtroendeuppdrag/Föreningsverksamhet <input type="checkbox"/> Annat, ange vad	Arvode, lön eller ersättning utgår <input type="checkbox"/> Jag <input type="checkbox"/> Nej  Ersättning för reseutlägg utgår <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--



## Medfört hjälpmedel

<input type="checkbox"/> Inget hjälpmedel	<input type="checkbox"/> Rollator, fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, fällbar	<input type="checkbox"/> Lätt elrullstol (<50 kg)
<input type="checkbox"/> Stödkäpp/kryckor	<input type="checkbox"/> Rollator, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Rullstol, ej fällbar	<input type="checkbox"/> Tung elrullstol (>50 kg)
<input type="checkbox"/> Annat, ange vilket			
Mått på elrullstol Längd.....cm    Bredd.....cm    Höjd.....cm			Batteri till elrullstol
Vikt.....kg			<input type="checkbox"/> Torrcell/gelé
Överstiger totalvikten för dig och rullstolen 225 kg? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			<input type="checkbox"/> Våtcell/litium

## Önskemål om färd sätt

Med hänsyn till funktionshindrets svårighetsgrad, beviljas det färdmedel som ger lägst kostnad för kommunen. I första hand beviljas resan med kollektiva färdmedel.

Jag <u>kan</u> resa med
<input type="checkbox"/> Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Bårtransport <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Båt <input type="checkbox"/> Specialfordon
Om jag får anslutningsresa med
<input type="checkbox"/> Bil <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Annat, ange vad

## Hjälpbehov under resan

Hjälpbehovet ska vara knutet till själva resan och inte till vistelsen på resmålet.

Ansöker om ledsagare	Jag behöver hjälp av chauffören att ta mig till och från bilen/fordonet
<input type="checkbox"/> Ja, ange antal..... <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Ange hjälpbehovet under resan	

## Ledsagare och medresenär

Namn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Ledsagare
		<input type="checkbox"/> Medresenär
Adress		
Namn	Personnummer	<input type="checkbox"/> Ledsagare
		<input type="checkbox"/> Medresenär
Adress		
Övrigt		

## Underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga. Jag lämnar mitt medgivande till att kontakt tas med tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller Försäkringskassan om så behövs.

Personuppgifterna dataregistreras. Alla uppgifter är sekretesskyddande.

Ort och datum	Sökandes underskrift
Behjälplig med ansökan	Telefon (även riktnummer)

**Ansökan skickas till Grästorps kommun, Färdtjänsthandläggare, 467 80 Grästorp.**