

Ansökan om riksfärdtjänst

Ansökan ska vara Region Jämtland Härjedalen tillhanda **senast 3 veckor** innan önskad avresedag.

| | | |
|--|-----------|-----------------------------|
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Adress | | Telefonnummer (inkl riktnr) |
| Postnummer | Ort | Kommun |
| Uppbär Lass (lagen om assistansersättning) | | |
| Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal timmar per vecka: _____ | | |

| | | | | |
|-------------------------|---|-------|-----|-----------------------------------|
| Syfte med resan | | | | |
| Framresa | Från: adress, ort | | | |
| | Till: adress, ort | | | |
| | Önskad avresa | Datum | Tid | Telefonnr där resan kan bekräftas |
| Återresa | Från: adress, ort | | | |
| | Till: adress, ort | | | |
| | Önskad återresa | Datum | Tid | Telefonnr där resan kan bekräftas |
| Önskat färdmedel | Tåg <input type="checkbox"/> Flyg <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårtransport <input type="checkbox"/> | | | |
| | Anslutningsresa med: Taxi <input type="checkbox"/> Specialfordon <input type="checkbox"/> Bårtransport <input type="checkbox"/> | | | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Medfört hjälpmedel | Rollator, fällbar <input type="checkbox"/> | Rullstol, fällbar <input type="checkbox"/> | Lätt elrullstol < 50 kg <input type="checkbox"/> |
| | Rollator, ej fällbar <input type="checkbox"/> | Rullstol, ej fällbar <input type="checkbox"/> | Tung elrullstol > 50 kg <input type="checkbox"/> |
| | Mått på hjälpmedel | | |
| | Längd: cm | Bredd: cm | Höjd: cm |
| Batteri till elrullstol | | | |
| Torrcell/gelé <input type="checkbox"/> | Vätcell/litium <input type="checkbox"/> | | |
| Ledsagare | Förnamn | Efternamn | Personnummer |

VÄND !

| | |
|---------------|---|
| Övrigt | Tex biljetter till annan adress än resenärens, alt övriga skrymmande hjälpmedel m.m. _____ |
|---------------|---|

| |
|--|
| Beskriv ditt funktionshinder/diagnos |
| |
| |
| |
| Beskriv på vilket sätt du har svårigheter att förflytta dig på egen hand eller resa med allmänna kommunikationer |
| |
| |
| |

**Jag försäkrar att lämnade uppgifter är riktiga.
Jag lämnar mitt medgivande till att uppgifter av betydelse för utredningen får inhämtas från intygsskrivande läkare och i förekommande fall tjänsteman hos kommunen, hälso- och sjukvården eller försäkringskassan.**

Jag lämnar också mitt medgivande till att de personuppgifter om mig som är nödvändiga för genomförandet av riksfärdtjänstresa får behandlas enligt personuppgiftslagen i personregister hos färdtjänsthandläggare, beställningscentral och transportföretag.

| | |
|---|---------------|
| Ort och datum | Underskrift |
| | |
| Eventuell kontaktperson eller den som hjälpt till med ansökan | Telefonnummer |
| | |

**Fyll i blanketten noggrant. Länstrafiken i Jämtlands Län AB har fått i uppdrag att göra utredningarna utifrån vilka Region Jämtland Härjedalen fattar beslut.
Vid frågor ring 063-554 13 32, 554 13 33, 554 13 34.**

Ansökan om riksfärdtjänst skickas till:

Region Jämtland Härjedalen
c/o Länstrafiken Särskild kollektivtrafik
Hamngatan 14
831 34 ÖSTERSUND